

Doporučené diagnostické a terapeutické postupy
pro všeobecné praktické lékaře



FUNKČNÍ A PERSISTENTNÍ TĚLESNÉ POTÍŽE: PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP

Autoři:

MUDr. Martin Seifert

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Alena Večeřová-Procházková

Psychiatrická společnost ČLS JEP, Subkatedra psychosomatiky IPVZ

doc. PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D.

Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP

MUDr. Jaromír Kabát, Ph.D.

Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP

Mgr. Danuše Jandourková

Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP

PRVNÍ VYDÁNÍ 2023



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Sokolská 31, Praha 2

FUNKČNÍ A PERSISTENTNÍ TĚLESNÉ POTÍŽE: PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP

Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2023

Autoři:

MUDr. Martin Seifert

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Alena Večeřová-Procházková

Psychiatrická společnost ČLS JEP, Subkatedra psychosomatiky IPVZ

doc. PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D.

Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP

MUDr. Jaromír Kabát, Ph.D.

Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP

Mgr. Danuše Jandourková

Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP

Oponenti:

MUDr. Pavel Čech

Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP

MUDr. David Halata

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Vladislav Chvála

Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP

doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

internista, psychosomatický lékař, supervizor

MUDr. Jan Řehák

všeobecný praktický lékař, psychosomatický lékař

OBSAH

1. OBSAH A CÍLE TOHOTO DOPORUČENÉHO POSTUPU	3
2. CHARAKTERISTIKA KLINICKÉHO OBRAZU	3
3. UJASNĚNÍ POJMŮ	4
4. BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ A PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP	5
5. ZÁKLADNÍ A ROZŠÍŘENÁ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE	6
5.1. PSYCHOSOMATICKÁ INTERVENCE	6
5.2. PSYCHOSOMATICKÁ KONZULTACE	6
5.3. PSYCHOSOMATICKÁ TERAPIE	7
6. VÝSKYT, VÝZNAM A PROGNOZA	7
7. ETIOPATOGENEZE A MODEL VZNIKU PSS/FSD	8
7.1. BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ MODEL	9
7.2. STRESOVÝ MODEL	10
7.3. PPP MODEL	10
7.4. VÝZNAM TRAUMATU	10
7.5. POLYVAGÁLNÍ TEORIE STEPHENA PORGESE	12
7.6. MODEL TĚLESNÉ TÍSNĚ A PREDIKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ	12
8. PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP K PACIENTŮM S PSS	13
9. VZTAH MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM	14
10. DIAGNOSTIKA PERSISTENTNÍCH TĚLESNÝCH SYMPTOMŮ	15
10.1. VYŠETŘOVÁNÍ SYMPTOMŮ A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA	16
10.2. PRACOVNÍ HYPOTÉZA FSS	16
10.3. DIMENZE SYMPTOMU A STONÁNÍ	17
10.4. HODNOCENÍ ZÁVAŽNOSTI PSS	18
11. KOMBINACE PSS, DEPRESE A ÚZKOSTI	18
11.1. SOUBĚŽNÁ PSYCHICKÁ PORUCHA	18
12. TERAPIE FUNKČNÍCH A PERSISTENTNÍCH SOMATICKÝCH SYMPTOMŮ	19
12.1. TERAPIE PSS A FSD VE SVĚTLE MEDICÍNY ZALOŽENÉ NA DŮKAZECH	20
12.2. STUPŇOVITÝ MODEL LÉČBY	20
13. MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE	22
13.1. ROLE PSYCHIATRA V PÉČI O PACIENTA S PSS	22
13.2. ROLE PSYCHOLOGA/PSYCHOTERAPEUTA V PÉČI O PSYCHOSOMATICKÉHO PACIENTA	22
13.3. DALŠÍ FORMY TERAPIE VYUŽITELNÉ V LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTŮ	23
13.4. VÝZNAM FYZIOTERAPIE	23
13.5. VÝZNAM LÉKAŘE SE SPECIALIZACÍ PSYCHOSOMATIKA	23
13.6. PSYCHOSOMATICKÁ CENTRA	23
14. FARMAKOTERAPIE PSS A FUNKČNÍCH PORUCH	24
15. PSYCHOSOMATIKA A ALTERNATIVNÍ MEDICÍNA	24
16. POSUDKOVÁ HLEDISKA	25
17. VZDĚLÁVÁNÍ V PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNĚ	26
18. LITERATURA	27

ÚVOD

Pacienti s déletrvajícími tělesnými potížemi, které neodpovídají nálezům běžných lékařských vyšetření, tvoří významnou část pacientů v ordinacích praktických lékařů a pro lékaře i pro celý zdravotně-sociální systém mohou být velmi zatěžující. Dle současných vědeckých poznatků a mezinárodních doporučených postupů je potřebné tyto pacienty co nejdříve identifikovat a přistupovat k nim se zvláštním důrazem na budování důvěry ve vztahu lékař-pacient a na důslednou aplikaci bio-psycho-sociálního přístupu k jejich stonání. Tento komplexní a v jádru lidský přístup k pacientům nazývají autoři tohoto doporučeného postupu (DP) „psychosomatický přístup“. Jistě představuje základy lékařského přístupu ke každému pacientovi nejen v primární péči, avšak u pacientů, kde běžné diagnostické metody medicíny nevysvětlují jejich potíže a běžná terapie se neseťkává s žádaným efektem, je důsledný psychosomatický přístup nutností. A to nejen kvůli pacientům, nýbrž i pro lékaře samotné, kteří si osvojením psychosomatické praxe mohou ulevit od frustrace z chybějících výsledků svého odborného snažení a z neuspokojivé komunikace s nespokojenými pacienty.

V roce 2015 vznikl první DP Společnosti všeobecného lékařství zaměřený na psychosomatické potíže. Tento nový DP není pouhou aktualizací toho staršího. Svě zaměření definuje mírně odlišně a také nabízí jiný pohled na problematiku funkčních a přetrvávajících tělesných potíží v souladu s aktuální světovou odbornou diskusí a dobrou praxí založenou na důkazech. V mnohých věcech se tedy tyto dva DP doplňují a praktický lékař může jistě využívat ke své praxi oba. Tento nový DP by měl však zároveň dle autorů k navigaci v problematice funkčních poruch a psychosomatického přístupu k tělesným potížím postačovat sám o sobě.

Je jasné, že ne všechna doporučení budou realizovatelná ve všech regionech pro chybějící zastoupení psychosomatických a psychoterapeutických služeb. Optimální péči může také výrazně limitovat finanční dostupnost těchto odborných služeb. Autoři DP jsou přesvědčeni, že nejen zdravotní, ale i společenský a ekonomický dopad funkčních poruch a persistentních tělesných symptomů je obrovský (Rask et al., 2017) a vyžaduje urychlené zvýšení dostupnosti psychosomatické zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Této změny může být dosaženo pouze při neustálém tlaku ze strany pacientské i odborné veřejnosti na politiky a zdravotní pojišťovny a také na vzdělávací instituce.

1. OBSAH A CÍLE TOHOTO DOPORUČENÉHO POSTUPU

V tomto DP autoři shrnují nejdůležitější současné poznatky o výskytu, příčinách a mechanismech vzniku tělesných potíží bez definované organické příčiny, charakteristikách pacientů s těmito potížemi a jejich prognóze. Dále se autoři zaměřují na možnosti diagnostiky a terapie těchto pacientů, zvláště na intervence uplatnitelné v primární péči. DP by měl všeobecným praktickým lékařům (PL) pomoci lépe identifikovat pacienty, kteří jsou ohroženi dlouhým trváním tělesných potíží bez jasné příčiny a také poškozením zdravotním systémem při přílišném neúčelném vyšetřování. DP by měl PL ukázat možné efektivní postupy při práci s těmito pacienty, a to jak přímo v ordinaci, tak při interdisciplinárním managementu těchto pacientů. V neposlední řadě si DP klade za cíl snížit frustraci lékařů z mnohdy náročné a neuspokojivé péče o pacienty s nejasnými potížemi.

Rozšířené informace k jednotlivým kapitolám, které doporučujeme prostudovat, např. vysvětlující modely, tabulky, obrazový materiál apod., jsou zařazeny do **Appendixu v elektronické verzi tohoto DP** na webových stránkách SVL ČLS JEP (v textu označeno „app.“).

2. CHARAKTERISTIKA KLINICKÉHO OBRAZU

Termín „funkční somatické symptomy“ označuje široké spektrum vzorců symptomů velmi proměnlivé závažnosti:

- Přetrvávající nespecifické příznaky, které jsou dostatečně zatěžující pro pacienta, aby se poradil s lékařem, ale nejsou klasifikovány jako onemocnění („lékařsky nevysvětlené příznaky“ nebo „přetrvávající tělesné potíže“). Tyto však mohou znatelně narušit každodenní fungování pacienta.
- Definované shluky příznaků přítomné po delší dobu ve formě funkčních somatických syndromů (jako je syndrom fibromyalgie nebo syndrom dráždivého tračnicku). Ty jsou většinou spojeny s výrazným omezením každodenního fungování.
- Stav, který splňuje kritéria výrazných (multi)somatoformních poruch a nově definovaných somatických stresových poruch. Ty předpokládají značné narušení každodenního fungování a jsou také spojeny s psychobehaviorálními příznaky.

Funkční somatické příznaky, jak jsou popsány výše, je třeba odlišit od běžně se vyskytujících přechodných indispozic, které zřídka vyvolávají návštěvu lékaře a ovlivňují každodenní fungování jen nepatrně po omezenou dobu, pokud vůbec. Ty nemají žádný lékařský význam.

3. UJASNĚNÍ POJMŮ

Persistentní somatické symptomy (přetrvávající tělesné potíže, PSS, nebo také PPS od persistent physical symptoms) jsou subjektivně obtěžující somatické obtíže, které jsou bez ohledu na jejich etiologii přítomny po většinu dní po dobu nejméně několika měsíců (Löwe et al., 2022). Může se jednat o příznaky a stížnosti v kontextu (adekvátně léčené) nemoci nebo o stížnosti v nepřítomnosti známé nemoci. Na přetrvávání tělesných obtíží se mohou podílet biologické, psychologické a sociální faktory.

Tento ve světě nově užívaný termín nahradil starší termín **medicínsky nevysvětlené příznaky** (MUS od angl. Medically unexplained symptoms), který označoval tělesné potíže, jejichž původ zůstává nejasný i přes důsledné lékařské vyšetření. O perzistujících MUS se hovoří, pokud přetrvávají déle než 3 měsíce (Olde Hartman et al., 2013). Rozdělování MUS a stížností v důsledku známé nemoci vede dle autorů nového označení k tomu, že se u MUS věnuje příliš mnoho pozornosti psychosociálním aspektům a příliš málo stížnostem v důsledku známé nemoci. U všech přetrvávajících tělesných potíží jsou relevantní jak biomedicínské, tak psychosociální faktory. Termín nevysvětlené příznaky už se nedoporučuje vůbec používat. Lidé potřebují vysvětlení svých potíží co nejdříve od jejich vzniku, aby je mohli začlenit do svého životního příběhu. Lékař by tedy neměl k žádným potížím přistupovat delší dobu jako k nevysvětleným, ale měl by pacientům nabízet (byť třeba jen pracovní) bio-psycho-sociální vysvětlení. „Přetrvávající tělesné potíže“ je užitečný termín také z toho důvodu, že medicínská „nevysvětlitelnost“ původu potíží v pacientovi vzbuzuje jednak **úzkost z neznámého**, a jednak **úzkost z odmítnutí** (lékařem), což jsou současně dvě nejsilnější existenciální úzkosti.

Funkční somatické symptomy/poruchy (functional somatic symptoms/disorders, FSS/FSD) jsou další termíny, které se ve světě užívají pro označení tělesných potíží bez jasných organických nálezů (Burton et al., 2020). Obvykle se přitom nerozlišuje, jestli potíže mají nějaký detekovatelný biologický korelát nebo ne. Jde hlavně o to, že hlavní problém spočívá v odchylce nebo poruše nevědomého řízení a kontrolování zpětnovazebných procesů. Jelikož termíny PSS i FSD jsou poměrně nové a neexistuje ještě mnoho literatury s tímto označením, užívají autoři tohoto DP tato označení zaměnitelně a odkazují se především na zdroje hovořící o MUS.

Funkční poruchy – definované specifické syndromy:

- **Dráždivý tračník** (irritable bowel syndrom, IBS) a další funkční zažívací poruchy – Syndrom dráždivého tračníku je funkční porucha střev. To znamená, že není přesvědčivě spojena se strukturálními nebo biochemickými abnormalitami, které jsou zjištělné současnými rutinními diagnostickými nástroji. IBS a další funkční zažívací poruchy jsou dnes souhrnně vnímané jako poruchy interakce mozku a trávicího ústrojí (disorders of gut and brain interaction, DGBIs). Onemocnění je charakterizováno bolestí břicha nebo diskomfortem, nepravidelností stolice a nadýmáním. Prevalence je asi 11 % (Lovell, Ford, 2012). Osoby trpící IBS nadměrně využívají zdravotní péči a onemocnění má velmi negativní dopad na kvalitu jejich života. Patofyziologie je intenzivně zkoumána, ale zatím jsou vysvětlení potíží spíše hypotézami. Byly popsány některé abnormality gastrointestinálního systému – jako je porucha střevní mikrobiální rovnováhy, alterace funkce sliznic, viscerální hypersenzitivita, změna uvolňování slizničních a imunitních mediátorů atd. U pacientů s IBS byly zaznamenány i poruchy a chyby v komunikaci enterálního, autonomního a centrálního nervového systému (ENS, ANS, CNS) a také odlišnosti v mechanismech centrálního zpracování informací přicházejících ze střeva (Stasi, Rosselli et al., 2012). Jako nejdůležitější v dlouhodobém průběhu IBS se zdají právě interakce ENS-ANS-CNS a na ně by také měla cílit symptomatická i kauzální léčba.

Všechny výše zmíněné mechanismy nebyly dosud plně prozkoumány a pochopeny a zatím nemohou sloužit k diagnostice, pouze **mohou být inspirací pro možné způsoby vysvětlování pacientům a jejich uklidnění, a také pro léčbu. Léčba IBS** by měla být komplexní, včetně navázání důvěrného terapeutického vztahu mezi pacientem a lékařem, edukace, uklidnění, změny stravovacích zvyklostí, psychoterapie a případně farmakoterapie. Více viz DP SVL 2019 a app.

- **Fibromyalgie** – Hlavním symptomem je trvalá bolest ve všech čtyřech kvadrantech těla trvající nejméně 3 měsíce a bolestivost nejméně jedenácti ze stanovených osmnácti bodů při tlaku. Dalšími příznaky bývají únavnost, depresivita, anxiozita, prudké změny nálady a chování, poruchy krátkodobé paměti, nerozhodnost, spánek nepřinášející načerpání nových sil, bolesti hlavy migrenózního a tenzního charakteru, fotofobie, citlivost na hluk a zejména vysoké tóny, citlivost na chlad, průvan a změnu počasí, dráždivý tračník, vesikouretrální syndrom, vulvodynie, poruchy polykání, závratě, hučení v uších, klonické křeče lýtek a další (Jeřábek, 2011). **Patofyziologické faktory** fibromyalgie nejsou dosud zcela známy, je však nepochybné, že fibromyalgie souvisí s procesem zpracování bolesti v mozku. Ve většině případů se pacienti stávají přecitlivělými na bolestivé impulzy. **Léčba** by měla být komplexní, a ne pouze farmakologická, byť jsou antidepresiva (především SNRI) stále považována za jeden z důležitých způsobů terapie. Nepochybný význam má edukace pacientů o tématech týkajících se neurofyziologie bolesti, použita nejprve v ordinaci PL, později i jako součást multimodální léčby (edukace, cvičení, psychoterapie, mindfulness). Tato vícesložková léčba vede k významnému snížení bolesti, zlepšení tělesných funkcí, stejně jako ke zmírnění únavy, úzkosti a deprese (Serrat, Sanabriamazo, Almirall et al., 2021).

Více viz app.

- **Chronický únavový syndrom** (chronic fatigue syndrom, CFS, někdy označován jako myalgická encefalomyelitida) označuje soubor typických klinických příznaků, kde dominuje těžká, invalidizující únava, která se nezlepšuje odpočinkem. Bývá doprovázena multifokální bolestí, poruchami spánku a kognitivní dysfunkcí. **Etiopatogeneze** není dosud zcela jasná. Uvažuje se o infekci jako spouštěči CFS, dále o dysregulaci imunitního systému, o mitochondriálních abnormitách zahrnujících poruchu tvorby ATP (Anderson, Maes, 2020) aj. „**Diagnóza**“ se opírá především o anamnézu a fyzikální vyšetření. Neexistují žádné selektivní diagnostické testy. Zatím neexistuje žádná specifická **léčba** CFS, i když komplexní týmová péče v centrech zaměřených na pacienty s CFS, založená hlavně na edukaci, kognitivně-behaviorální terapii a postupném navyšování zátěže vede u některých pacientů k plně úzdravě. Všeobecně je doporučeno pacienty edukovat v souladu s jejich připraveností přijímat vysvětlení a doporučení a poskytovat jim podpůrnou symptomatickou péči zaměřenou na potřeby pacienta, která odpovídá tomuto DP.

Více viz app.

Mezi další **nejčastější funkční somatické symptomy** patří:

chronická nespecifická bolest zad, tenzní bolest hlavy, kraniomandibulární dysfunkce, chronický tinnitus, chronický pruritus, chronické bolesti pánevní oblasti u žen, chronické vertigo, poruchy spánku, napětí a ztuhlost svalů těla i obličeje, pocity brnění, necitlivosti či slabosti, výpadky vnímání a funkce smyslových orgánů. Poruchy citlivosti, hybnosti a smyslových funkcí se dříve označovaly jako konverzní poruchy. Mohou sem patřit i palpitace, dušnost a bolesti na hrudi, které jsou však často spíše přechodný příznak úzkosti.

Somatizační poruchy – shrnující termíny užívané v hlavních klasifikačních systémech:

- Somatoform disorders (somatoformní poruchy) (F45 dle MKN-10)
- Bodily distress disorder (syndrom tělesné tísně) (dle MKN-11)
- Somatization disorders (somatizační poruchy) (dle DSM-4)
- Somatic symptom disorder (porucha se somatickými příznaky) (dle DSM-5, 2013)

Toto jsou psychiatrická označení poruch, která splňují určitá kritéria. Zdaleka ne všichni pacienti opakovaně navštěvující své praktické lékaře pro nevysvětlené a zdánlivě ryze subjektivní potíže, si zaslouží tyto diagnózy. Důležité pro diagnózu poruchy se somatickými příznaky je excesivní zaobírání se symptomy, které výrazně ovlivňují prožívání a chování pacienta ve všech jeho dimenzích.

V souvislosti s nevysvětlenými somatickými příznaky se hovoří o tzv. „**zdravotní úzkosti**“ (health anxiety), kterou charakterizuje chorobný strach z nemoci a nadměrné vyhledávání lékařské péče. Americký psychiatrický manuál DSM-5 nahrazuje starší pojem hypochondrie termínem **porucha se strachem z onemocnění** (nosofobie) (illness anxiety disorder). Mezinárodní klasifikace nemocí ICD-11 ponechává diagnózu hypochondrie, ale řadí ji mezi poruchy obsedantně-kompulzivního spektra. Zdravotní úzkost je přítomna u velké části (ač ne u všech) pacientů s FSD.

4. BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ A PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP

Bio-psycho-sociální model definoval a propagoval v moderní medicíně už George Engel (Engel, 1977). Model klade důraz na složité prolínání biologického a psychosociálního rozměru zdraví člověka. Lékaři primární péče mohou využívat bio-psycho-sociální model ke zlepšení klinických výsledků prostřednictvím vytváření povědomí o interakcích mezi biologickými, psychologickými, sociokulturními a duchovními faktory. Bio-psycho-sociální model je zvláště užitečný při řešení chronických onemocnění a obtížně definovaných potíží, na které pacienti reagují individuálně (Kusnanto et al., 2018). Principy tohoto přístupu jsou plně v souladu s moderním pojetím **péče zaměřené na osobu** (person centered care), kdy je kladen důraz na individualitu člověka (ne *pacienta*), který přichází k lékaři, a jeho potřeby a volby. Více viz v kapitole Etiopatogeneze a modely vzniku PSS.

Psychosomatický přístup definují autoři tohoto DP jako aktivní, vědomou snahu lékaře o aplikaci bio-psycho-sociálního modelu a principů péče zaměřené na osobu. Lékař se snaží vnímat pacienta spíše jako člověka s komplikovanou životní a rodinnou historií než jako medicínský problém a aktivně projevuje svůj zájem o příběh pacienta v jeho celistvosti a jeho subjektivní vnímání potíží i přijímané péče. Zároveň se snaží tento způsob nahlížení na tělesné potíže pacientovi citlivě předávat. Opuštění pozice vševědoucí autority je v psychosomatickém přístupu nutností. **Tento přístup by měl být aplikován od prvního kontaktu s pacientem paralelně s vyšetřováním biologických příčin potíží.** V těžších případech se psychosomatický přístup vždy opírá o interdisciplinární spolupráci a multimodální léčbu. Vztah se svým (obvykle praktickým) lékařem však zůstává vždy v komplexní péči zásadní!

5. ZÁKLADNÍ A ROZŠÍŘENÁ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE

Základní psychosomatickou péči by měl poskytovat každý praktický lékař na základě tohoto doporučeného postupu. Jejím základem je propojování zdravotních a nezdravotních souvislostí pacientova stonání a vedení pacienta k uvědomování si vzájemného vlivu těchto aspektů.

Rozšířená psychosomatická péče v ordinaci PL nebo jiného specialisty sestává z té základní doplněné o tzv. psychosomatické intervence a další techniky, které ovládá lékař vzdělaný v psychosomatické medicíně.

5.1. PSYCHOSOMATICKÁ INTERVENCE

je specifická intervence praktického lékaře nebo ambulantního specialisty se základním nebo rozšířeným psychosomatickým vzděláním definovaná ve výkonu **09170**. Výkon trvá 15 minut a nejspíše ho bude možné vykazovat od 1. 1. 2024 až 4x denně a maximálně 30x ročně u pacienta s perzistujícími somatickými potížemi, které nereagují na běžnou léčbu nebo trvají déle než 3 měsíce. Zaměřuje se na subjektivně prožívané potíže. Systematická, edukativní a introspekci podporující forma rozhovoru umožní pacientovi zprostředkovat vzhled do psychosomatických souvislostí procesů jeho stonání a do významu patogenních vztahů. Nabízí možnost více prozkoumat pacientovu perspektivu a kontext jeho stonání. Lékař pomáhá pacientovi rozvinout schopnosti lépe zvládat jeho potíže, např. i s pomocí zapojení blízkých osob. Erudovaný lékař zde má možnost více uplatnit léčivou sílu důvěrného vztahu lékař-pacient než při běžných konzultacích. Tato rozfázovaná intervence v ordinaci může trvat maximálně jeden rok. Pokud toto nevede k významnému ústupu potíží, musí být pacient směřován k další specializované léčbě. Podrobnější popis výkonu 09170 včetně podmínek vykazování naleznete v registračním listu. Výňatek v Tab 1.

Tabulka 1. Psychosomatická intervence – výkon 09170

Čím výkon začíná:
Studiem posledních konzultací a navázáním komunikace na předešlé návštěvy (kontinuita procesu!), stanovením pevného rámce (začátek, konec, bezpečí), identifikace cílů a potřeb pacienta. Navození atmosféry blízkosti, bezpečí a důvěry.
Obsah a rozsah výkonu:
Rozhovorem se lékař snaží u pacienta navodit změnu nebo dodat informace, které ke změně povedou. Obsahuje: motivační rozhovor, krátkou intervenci, behaviorální analýzu a bio-psycho-sociální poradenství. Lékař poskytuje nemocnému naději, oporu, vytváří přemostění od tělesně orientovaného porozumění nemoci k porozumění širším souvislostem. Podporuje sebeexploraci, tedy hledání psychologických souvislostí se subjektivně významnými a zatěžujícími událostmi a skutečnostmi v životě. Nezbytnou součástí je individualizovaná edukace směřující k rozšíření náhledu a zvýšení motivace ke komplexní léčbě. Průběh léčby lékař hodnotí společně s pacientem, případně koriguje cíle, kterých chce pacient dosáhnout v konkrétním časovém období. Snaží se pacienta vést k aktivnímu podílu na léčbě. Rozhovor časuje realisticky na 15-60 minut podle možností a významu témat.
Čím výkon končí:
Administrativní činností spojenou s výkonem, především zápisem o průběhu rozhovoru v rozsahu potřebném pro ošetřujícího lékaře s ohledem na důvěrnost informací.

5.2. PSYCHOSOMATICKÁ KONZULTACE

je časově omezená konzultace pacienta s déle trvajícím PSS/MUS nebo s potížemi s pravděpodobným psychosomatickým podílem na jejich etiologii s lékařem se specializovanou způsobilostí v psychosomatické medicíně. Obyčejně jde o 1–3 setkání, každé 50–80 minut. Podmínka smyslu takové konzultace je jasné oddělení od somatické péče, důraz na dialogické vedení konzultace. Výchozím bodem jsou somatické potíže pacienta, zhodnocení nálezů z proběhlých lékařských vyšetření a otázka motivace pacienta k takové konzultaci. Základním nástrojem je komplexní reflexivní anamnéza odebíraná v bezpečném dialogu pacienta s plně vnímajícím, empatickým, neposuzujícím lékařem. Pomocnými nástroji pak použití určitých technik – časová osa, diagram rodinného systému, vnitřní pozornost lékaře k nonverbální komunikaci a opatrné sdílení pozorování s pacientem, případně jemné relaxační a meditační techniky zaměřené na vnímání těla.

Lékař hlouběji prozkoumává psychosociální souvislosti pacientova stonání, jeho prožívání, přístupu ke zdraví a k životu a pomáhá pacientovi přijmout jeho utrpení, pochopit jeho případný význam a smysl v životním příběhu. Užitečným nástrojem bývá **vypracování časové osy** podle metodiky Chvály a Trapkové, kdy si pacient zvědomí časové souvislosti mezi životními událostmi a zdravotními/tělesnými problémy. Někteří psychosomatictí odborníci používají jemné techniky práce s všímavostí a vnímáním těla, případně krátké relaxace, koncentrace a imaginace, které často pacientům poskytnou nejen praktický nástroj svépomoci, ale také zcela novou zkušenost s vnímáním svého těla, která může nastartovat ozdravný proces.

Psychosomatická konzultace s neznámým lékařem, který není vzatý do vyšetřovacího procesu, může pacientovi dát zažít zkušenost nepředpojatého porozumění jeho jedinečnému příběhu a subjektivnímu prožívání potíží spolu s obavami, bez odmítnutí pacientových přesvědčení o příčinách, které mohou být někdy velmi bizarní. V podmínkách dobře navázaného důvěrného vztahu může psychosomaticky erudovaný lékař nabídnout pacientovi nový pohled na jeho onemocnění, který mu bude dávat smysl.

Edukace je vždy součástí všech psychosomatických intervencí, avšak lékaři by se měli vyvarovat předčasné interpretace pacientových potíží, a zvláště pojmenovávání jejich konkrétních zdrojů u daného pacienta. Nejen že se mohou mýlit a pacienta svést na scestí; k pochopení svého vlastního příběhu a k nutnosti případných kroků ke změně ve svém chování si pacient musí dojít sám, má-li mít působení lékaře motivační a terapeutický efekt. Tento proces nelze uspěchat. Lékaři mohou pacienty pouze směřovat, motivovat a podporovat. Významný výsledek se někdy dostaví i po jediné konzultaci a v jiných případech až za dlouhá léta podle možností a nastavení pacienta.

Psychosomatická konzultace by každopádně měla vést k **nasměrování a motivaci pacienta k další terapii podle individuální potřeby**. Někdo potřebuje především práci s tělem formou citlivé fyzioterapie, jógy, bodypsychoterapie, bojových umění, Feldenkraisovy metody, taneční či pohybové terapie aj.; někdo potřebuje především individuální psychoterapii, která může být zaměřená na symptomatickou úlevu od potíží (kognitivně-behaviorální terapie, procesově orientovaná terapie, gestaltterapie aj.) nebo spíše na řešení vztahových problémů a poznávání sebe sama a významu své minulosti (psychoanalytická a psychodynamická terapie, Pessó-Boyden, rodinná a párová terapie aj.). Někteří pacienti potřebují vyloženě intenzivní komplexní psychosomatickou terapii včetně skupinové práce, např. formou stacionáře na týmových psychosomatických pracovištích. Mnohým pacientům série psychosomatických konzultací stačí k přijetí svých potíží a dále si už poradí sami. Důležité je zdůraznit, že výše popsané potřeby lidí se s časem vyvíjejí, a kdo už jednou započne proces „celostní uzdravy“, většinou využije během života více léčebných modalit, někdy najednou, někdy postupně. Rolí ošetřujícího lékaře může být směřování pacienta k této uzdravné cestě (celostní sebek péči), pomoc při hledání vhodných zdravotních i nezdravotních léčebných postupů, ale i varování před poškozujícími a finančně zbytečně zatěžujícími metodami.

5.3. PSYCHOSOMATICKÁ TERAPIE

je dlouhodobější proces, který by měl vést ke zmírňování potíží lidí, jejichž zdraví a prožívání těla je významně ovlivněno psychosociálními faktory. Obvykle navazuje na psychosomatické konzultace. Může ji poskytovat jeden erudovaný lékař nebo více lidí, a to buď postupně, nebo paralelně, ideálně koordinovaně v tzv. transdisciplinárním týmu. Aby byla taková terapie dlouhodobě efektivní, a to i nákladově, měla by být založena v každém případě na dobrém a bezpečném vztahu psychosomaticky erudovaného lékaře s pacientem. Tento lékař by měl takovou dlouhodobou léčbu koordinovat, resp. by měl být pacientovi k dispozici při nejistotách, relapsech nebo zátěžových situacích. U lehčích pacientů jistě může tuto roli zastávat i praktický lékař. Pak mluvíme spíše o **psychosomatické péči**. Někdy může být dočasně nejdůvěrnější a třeba i terapeuticky nejdůležitější osobou v životě pacienta psychoterapeut, ev. Lékař – specialista nebo třeba fyzioterapeut. Jen praktický lékař má však ideální postavení a znalosti k tomu, aby neustále propojoval všechny zdravotní i nezdravotní souvislosti pacientova života, a vedl tím pacienta k silicímú zvědomování vzájemného vlivu těchto vazeb. A může tak ušetřit pacienta nejistoty a někdy i ohrožujících zákroků a zdravotnímu i sociálnímu systému mnohé prostředky. Více viz app.

6. VÝSKYT, VÝZNAM A PROGNÓZA

Funkční tělesné potíže postihují značnou část (přibližně 10 %) běžné populace. V ordinacích praktických lékařů je běžně prezentuje 20–50 % pacientů. Funkční somatické příznaky jsou často sebeomezující, organismus se v příhodných podmínkách dokáže dobře sám vyladit do bio-psycho-sociální rovnováhy. Vyléčení je pravděpodobnější při včasné diagnóze (a vysvětlení psychosomatické etiologie), která předejde medicinalizaci potíží pacienta a vzniku významnější úzkosti a deprese ve spojení s příznaky.

Časná diagnóza umožní opravu tzv. biografické disrupce. **Biografická disrupce** – tedy narušení životního příběhu pacienta, jak ho on sám vnímá (tzv. **narativ**), a jeho tělesného a sociálního fungování – provází téměř každé onemocnění. U těch vážnějších a déle trvajících pak narušuje často i samotné vnímání vlastní identity – „kdo jsem“. Pacient si pak musí vytvářet nový narativ a novou identitu. Když zůstávají tělesné potíže nevysvětleny, člověk nemůže tuto opravu dokončit, a to může být zdrojem nárůstu úzkosti a také zhoršení příznaků a sociálního fungování. Tím se vytváří začarovaný kruh. **Časná vysvětlující diagnóza funkční/psychosomatické poruchy nebo jen pojmenování zdroje běžných potíží jsou proto zásadní.**

U 50 až 75 % osob se příznaky zmírňují v průběhu 12 až 15 měsíců. Nicméně v 10 až 30 % se persistentní tělesné potíže zhorší v průběhu času. Jistým vodítkem v předpovědi průběhu stonání daného pacienta nám může být Tab. 7. Negativní prognostické faktory jsou uvedeny také v Tab. 3. Vyšší počet příznaků, delší trvání a závažnost při prezentaci u lékaře jsou faktory spojené s méně příznivým průběhem. Nejméně u 20 %, spíše u 50 % pacientů, kteří mají více somatických příznaků a splňují kritéria somatoformní poruchy nebo syndromu tělesné tísně, jsou

příznaky trvalé. Těžší PSS vedou často k invaliditě. Dle holandské studie dosahovalo invalidity okolo 40 % pacientů s MUS v primární péči a okolo 16 % po vyloučení duševních onemocnění jako komorbidit (Van der Leeuw et al., 2015). Funkční somatické symptomy generují vysoké náklady na zdravotní péči (Rask et al., 2017).

Sociální a vztahové faktory podílející se na vzniku potíží **mohou mít zásadní vliv na prognózu** pacienta, pokud přetrvávají a pacient se je nesnaží odstranit nebo vnitřně zpracovat. Prognózu výrazně zlepšuje, pokud pacient dokáže převzít zodpovědnost za léčebný proces. To je možné pouze tehdy, pokud mu lékař nabídne vysvětlení potíží, které je pro něj akceptovatelné, tedy pracuje s dosavadní perspektivou pacienta, a zároveň takové vysvětlení nabízí prostor pro smysluplnou a realistickou aktivitu pacienta. **Vysvětlující model by však neměl pacienta zatěžovat vinou a studem a neměl by pacienta stigmatizovat!** Lékař tedy musí při komunikaci s pacientem stále balancovat mezi přenášením zodpovědnosti za své zdraví na pacienta na jedné straně a nežádoucím posilováním pocitu viny a studu na straně druhé. Zjednodušeně řečeno, pacient nemusí být zodpovědný za to, co se stalo, ale měl by být schopen ovlivnit, jak se bude ke svým potížím a souvisejícím faktorům stavět do budoucna. Lékař by tedy měl ke každému člověku přistupovat primárně s velkým a vyjadřovaným soucitem, avšak neměl by v něm posilovat roli pasivního pacienta např. tím, že ho bude posílat na vyšetření, která nejsou nezbytně nutná, nebo předepisovat léky, které nejsou jednoznačně indikovány a neovlivní prognózu. **Pozitivní vnímání vztahu lékař-pacient (ze strany pacienta a/nebo lékaře) má příznivý vliv na prognózu PSS.** Vyšší míra kontaktů se zdravotním systémem může zvýšit riziko chronifikace potíží.

7. ETIOPATOGENEZE A MODELY VZNIKU PSS/FSD

Samotná etiologie PSS, tj. proč člověk onemocní právě tím či oním způsobem, skutečně není medicínsky zcela vysvětlená, přestože o patofyziologii samotných poruch víme čím dále více podrobností. Na základě vědeckých poznatků byly však popsány tzv. **vysvětlující modely** (explanatory models), které se doporučují v klinické práci používat. Jsou užitečné tím, že z pacienta snímají úzkost, zodpovědnost za selhání, dále dávají příznakům přijatelný, často neurobiologický výklad a obrací pozornost pacienta ke zvládacím strategiím, čili od zaměření pozornosti na deficit, bolest a bezmoc směrem k řešení situace, a moc nad ne-mocí vkládají zpět do rukou pacienta.

Znalost modelů etiopatogeneze nejasných příznaků bez organického vysvětlení je pro lékaře důležitá ze dvou důvodů:

- 1) aby sám rozuměl, co se v pacientově těle a duši děje a co na to může mít vliv – kde vzniká pacientovo utrpení a do jaké míry ho může lékař i sám pacient ovlivnit.
- 2) aby měl v zásobě dobře pochopitelné a přesvědčivé vysvětlující modely (tzv. explanatory models), které může nabídnout jednotlivým pacientům.

Potřebu vysvětlujících modelů dobře odůvodňuje **koncept salutogeneze** Aarona Antonovského, který definuje tzv. **smysl pro integritu** (sense of coherence). I ve vážně stresujícím období v životě si může člověk uchovat zdraví, pokud: a) na kognitivní úrovni je schopen porozumět situaci, ve které se nachází, b) na behaviorální úrovni je schopen situaci zvládat (vlastními silami nebo s pomocí druhých), c) na motivační úrovni v ní nachází nějaký smysl (Eriksson, Lindstrom, 2005).

Pacienti přicházejí do ordinace praktických lékařů s často bizarními představami o vzniku a původu jejich obtíží a z internetu vyčtenými doporučeními, co by měl lékař v jejich případě dělat, jak vyšetřovat a jaké léky předepsat. Tváří v tvář úzkosti pacienta je nezbytné zachovat klid a krok za krokem spolu s pacientem společně vytvářet komplexní porozumění souvislostem prezentovaných obtíží. Lze považovat za dostatečně prokázané, že přesvědčení pacienta o původu nemoci výrazně ovlivňuje průběh hojení a uzdravování. Kontakt s lékařem je proto klíčový pro zklidnění pacienta, uvedení jeho obav na pravou míru a korekci pacientových přesvědčení.

Uchopitelné individualizované vysvětlení, které dává smysl, snímá z pacienta vinu, aniž by snižovalo zodpovědnost za vlastní zdraví, a vytváří představy o tom, jak příznaky zvládnout, je důležitým terapeutickým nástrojem v rukou lékaře. Vysvětlení, která jsou spoluvytvářena pacientem a jeho praktickým lékařem, budou s největší pravděpodobností přijata (Burton et al., 2015).

Některé etiopatogenetické modely se více zaměřují na biologické příčiny, jiné na příčiny psychosociální. Každý pacient bude potřebovat v různé momenty různé individualizované vysvětlení svých potíží. Některé výklady vzniku přetrvávajících tělesných obtíží shrnuje **tabulka Modely vzniku PSS** (Tab. 2), která obsahuje též možné způsoby vysvětlení pro pacienty v ordinaci. Zde se zmíníme o těch, které jsou v současné době považovány za klíčové.

V našem DP zdůrazňujeme tzv. **multifaktoriální model**, který integruje udržující faktory s predisponujícími a vyvolávajícími faktory na biologické, psychologické a sociální úrovni. Tyto faktory se vzájemně propojují do bludného kruhu, jehož pochopení a rozpojení může trvat dlouhá léta.

Tabulka 2. Některé modely vysvětlující persistentní somatické symptomy

Teorie	Popis	Jak vysvětlit pacientovi
Abnormální propiocepce	Přesnější a citlivější vnímání i malých změn svalového napětí vede ke zvýšeným pocitům abnormality a bolesti.	Váš mozek velmi citlivě vnímá i drobné změny napětí ve svalech. Možná vnímáte silně i jiné vjemy – třeba hluk, ostré světlo, pachy...
Dysfunkce autonomního nervového systému	Chronická aktivace autonomního nervového systému vede k dlouhotrvající zvýšené tepové frekvenci, porušené adaptabilitě a stresové zátěži.	Jste dlouhodobě v pohotovostním režimu, vaše tělo je připraveno k boji nebo útěku nebo jinému výkonu.
Endokrinní dysregulace	Dlouhodobá aktivace osy hypotalamus-hypofýza-nadledviny vede k vyčerpání a downregulaci této osy.	Vaše tělo bylo dlouho nastaveno na vysoký výkon. Vaše energetické rezervy a orgány jsou nyní vyčerpány a nemohou se správně přizpůsobovat aktuálním potřebám.
Senzibilizace imunitního systému	Cytokinový systém se stává příliš citlivým v reakci na aktivaci v raných stádiích vývoje, opakovanou stimulaci nebo předchozí vystavení imunologickým podnětům.	Vaše imunita je dlouhodobě podrážděná a v pohotovosti, proto snadno onemocníte. Imunitní buňky dokáží v těle vyvolat reflexní reakci na zátěž, která působí, jako kdybyste bojoval s infekcí, kterou však nemáte.
Maladaptivní chování	Symptomy jsou prohlubovány a udržovány cyklem maladaptivního chování, pro které jsou charakteristické sociální a emocionální vyhýbavé tendence a sedavý životní styl.	Ve Vašem životě se opakují vzorce chování, které způsobují, že zůstáváte pasivní a nemáte energii ke změně. Tělesné potíže Vám pomáhají toto chování udržovat.
Emocionální nestabilita	Negativní afekt a neuroticismus predisponují k somatickým symptomům.	Lidé pociťující často nespokojenost a emoční nevyrovnanost častěji trpí tělesnými potížemi, které vytváří nevyrovnaný nervový systém. Když se ještě zlobíte na sebe, že stonáte, potíže se tím zhoršují.
Kognitivně-behaviorální model	Multifaktoriální model, který integruje udržující faktory s predisponujícími a vyvolávajícími faktory na biologické, psychologické a sociální úrovni.	Sešlo se tu více věcí dohromady, je tu nějaká dispozice, spouštěcí momenty a nepříznivé faktory, které vám neumožňují se vyléčit – a vyjmenovat, co pacient sám jmenoval a jak se chová vzhledem k potížím.
Signální filtr	„Chybné filtrování“ vede k neschopnosti rozeznat fyziologické procesy od patofyziologických.	Váš mozek velmi citlivě vnímá Vaše normální tělesné procesy i drobné změny napětí ve svalech a pro Vás je to děsivé. Vyvolá to úzkostnou reakci, která mozek k tomuto vnímání ještě zcitliví...
Somatosenzorická amplifikace	Benigní tělesné vjemy jsou posilovány opakovaným zaměřením pozornosti a přisuzováním maladaptivních atributů.	Když na něco zaměříte opakovaně pozornost, vnímání se zesílí, a Vy se pak začnete bát, že se něco děje. Mozek pak může i sám měnit nebo i vytvářet pocity podle toho, co očekáváte, že byste mohl/a cítit (prediktivní kódování/zpracování).
Prediktivní kódování	Tělo nastavuje dýchání a napětí svalů i vnitřních orgánů na základě předpokladů.	Možná jste zažil v minulosti těžké věci nebo nějakou infekci a Vaše tělo se chová, jako by neustále očekávalo další ránu nebo prožitě nepříjemné stavy, a pak je v napětí a bolí a např. trávení není klidné.

Zdroj: Seifert M a Večeřová-Procházková A volně přeložili a doplnili dle Hubley S, Uebelacker L, Eaton C. Managing medically unexplained symptoms in primary care: a narrative review and treatment recommendations. Am J Lifestyle Med. 2014;10(2):109–119.

7.1. BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ MODEL

V základním psychosomatickém modelu, formulovaném Engelem v roce 1977 a upřednostňovaným WHO, jde, velmi stručně řečeno, o to, že psychosociální realita pacienta má vliv na tělesné prožívání, vznik, průběh a vývoj onemocnění.

Systemický přístup vycházející z rodinné terapie doplňuje bio-psycho-sociální model o hlubší pohled do psychosociálních vztahů, nejčastěji rodiny pacienta. Příznak je považován za výraz poruchy vztahů a vzájemných regulací na úrovni fyzické, emoční i významové. Tělo pacienta reaguje na komunikaci a současně svou reakcí signalizuje do okolí své potřeby, které není možné v narušených vztazích vyjednat a naplnit. Podle tohoto modelu se tělesné obtíže objevují jako signál narušené komunikace ve vztahu či vztazích (Trapková, Chvála 2017).

7.2. STRESOVÝ MODEL

Weiner už v padesátých letech minulého století popisoval, že somaticky disponovaní jedinci, vybavení navíc specifickými psychologickými či osobnostními charakteristikami, zareagují pod vlivem stresu rozvojem psychosomatického onemocnění (Chromý, Honzák, 2005).

Reakce na stresovou zátěž včetně jejích psychosomatických projevů závisí na vnitřních faktorech, jako jsou osobnostní dispozice a aktuální vulnerabilita jedince, a na vnějších faktorech, jako je délka působení stresoru, jeho intenzita a charakter. Termínem „náročná životní situace“ označujeme výjimečnou životní situaci, která klade vysoké nároky na naši adaptaci, jako je např. rozpad vztahu, rodiny, ztráta zaměstnání apod. Se strategií jejího zvládnutí neboli copingem mohou souviset i případné psychosomatické obtíže. Stresovým podnětem může být i zdánlivě pozitivní životní situace, jako např. příprava na svatbu, sestěhování s partnerem, očekávání a narození dítěte, oslava vlastních narozenin apod.

Generalizovaný adaptační syndrom jako biologicky podmíněná a biologicky účelná reakce se u člověka spouští i v případě, kdy se jedná o čistě mentální zátěž, a to i tehdy, kdy je potenciální zátěž pouze anticipována. Tím se může vytrácet jeho biologická účelnost, nepřipraví jedince lépe na zvládnutí zátěže, a naopak ho může oslabit.

Při dlouhodobém působení stresorů může dojít k narušení rovnováhy v oblasti neurovegetativního systému, vzniká neurovegetativní dystonie (labilita) provázená různými neurovegetativními obtížemi funkčního charakteru. Při dalším a/nebo dlouhodobém zatížení pak může dojít i ke strukturálním poškozením vlivem hormonální nerovnováhy.

Jako *locus minoris resistentiae* bývá označován orgán nebo funkce, kterým jedinec „reaguje“ na stres. Nejčastěji to bývají ty orgány či orgánové systémy, které mají bohatou neurovegetativní inervaci, jako je trávicí či kardiovaskulární systém.

Projevy stresu v oblasti pohybového systému jsou popsány v app.

7.3. PPP MODEL

shrnuje, že každá porucha má své predisponující, precipitující a perpetuační faktory – tj. faktory předpřipravené, spouštěcí a udržující (**Tab. 3 – PPP model**).

Mezi **faktory predisponující** patří především genetika, varianty nejisté a dezintegrované vztahové vazby, zanedbávání v dětství, vývojová i situační traumata a prožitá onemocnění.

Spouštěcím faktorem bývá především stresová zátěž, což může pro každého znamenat něco jiného podle jeho predispozic. Významnými stresovými faktory mohou být i zdánlivě pozitivní věci jako svatba, nová práce, přestup na lepší školu, stěhování, očekávání potomka nebo třeba Vánoce. Opakovaná, kumulovaná nebo chronická fyzická i psychosociální zátěž vedou k vyčerpání adaptivních mechanismů. **Velmi významným stresovým faktorem je rodinné či partnerské násilí jakékoli formy, na které musí lékař při prezentaci nejasných symptomů vždy myslet!** V neposlední řadě bývá spouštěčem potíží somatické onemocnění, které může zanechat své stopy jak v paměti imunitního systému, který se stává reaktivnější, tak v samotném vnímání a řízení – na úrovni centrálního, autonomního nebo enterálního systému. Dnes se ví, že např. chřipkovité příznaky s neuroimunologickým detekovatelným korelátom (se změnami cytokinů a aktivací imunitních buněk) mohou být jen naučeným reflexem na zátěžovou situaci (Ruegg, 2020).

Mezi **faktory udržující** patří například konfliktní domácí nebo pracovní prostředí, ale také reakce zdravotnického systému, kdy se člověk mění v pacienta, intenzivně biologicky vyšetřovaného, často více lékaři najednou.

7.4. VÝZNAM TRAUMATU

Extrémně náročné situace spojené s bezmocí a osamělostí, kladoucí vysoké nároky na adaptaci jedince a vyvolávající silnou tělesnou i emoční odezvu, bývají označovány jako **trauma**. Zdrojem traumatu je velmi silný, nebezpečný a děsivý zážitek, potenciálně ohrožující integritu somatickou i psychickou. Traumatickou událostí je zpravidla ohrožení našich blízkých, dětí, obydlí, účast při nehodě, zabití, fyzickém násilí, přepadení, okradení, teroristickém útoku nebo přírodní katastrofě. Příčinou traumatu může být také ztráta psychického a fyzického zdraví, případně lékařské zákroky (zejména bolestivé zákroky prováděné v dětství v oblasti hlavy, jako je trhání zubů či mandlí nebo oční a ušní zákroky).

Chronické a vývojové trauma může jedinec zažívat nejčastěji v blízkém sociálním prostředí. Dítě může být obětí zneužívání, fyzického nebo psychického násilí, svědkem rizikového užívání drog a alkoholu či domácího násilí, anebo může být dlouhodobě zanedbáváno. K rozvoji traumatu může dojít po zveřejnění tabuizované informace, vlivem rozvodových komplikací a separace od rodinných příslušníků nebo v důsledku poruchy citové vazby k nejbližším či rizika jejího vzniku. Ztráta citové vazby v dětství má významný vliv na rozvoj vývojového traumatu a dlouhodobě pak i na psychosomatické zdraví. Projevy traumatu v psychosomatické rovině nemusí být vždy bezprostřední, mohou přijít s delším časovým odstupem.

Tabulka 3. Predisponující, vyvolávající a udržující faktory funkčních a persistentních somatických symptomů: bio-psycho-sociální model (tzv. PPP model od predisponing, precipitating, perpetuating factors)

PREDISPONUJÍCÍ FAKTORY		
Biologické	Psychologické	Sociální
Genetika Epigenetika Chronické zdravotní potíže Vážné dětské choroby Endokrinní poruchy	Dlouhodobý stres a přetížení Psychické trauma Fyzické, sexuální nebo emocionální zneužívání (v dětství) Nepříznivá vztahová vazba Deprese Úzkostné poruchy Posttraumatické stavy Další psychiatrické poruchy Osobnostní charakteristiky (alexithymie, neuroticismus) Omezená schopnost adaptace Omezená schopnost říci si o pomoc a přijmout ji	Zkušenost chronické nemoci v rodině Chování nemocných v rodině Zanedbávání péče o vlastní potřeby Obtížná sociální situace Kulturní přesvědčení a očekávání Charakteristiky zdravotnických systémů Omezená vztahová síť Horší zdravotní gramotnost

VYVOLÁVAJÍCÍ FAKTORY		
Biologické	Psychologické	Sociální
Genetika Epigenetika Infekční, autoimunitní a jiné organické choroby Nehoda / trauma Operace Dekondice Snížená fyzická aktivita	Aktuální stres při studiu, v práci a jinde Nakupení životních událostí Deprese Úzkostné poruchy Další psychiatrické poruchy Nedávná životní událost spojená s traumatem z minulosti Přetrvávající kontakt se zneužívajícími důležitými osobami	Negativní životní události (ztráta blízkého, blížící se výpověď) Obtížné životní podmínky Vysoká pracovní nebo studijní zátěž Omezená sociální podpora Mediální zprávy o zdravotních problémech / obavách Interakce s ošetřujícím lékařem, která je odmítavá, vede k zesílení prožitku bolesti Interakce s lékařem, které vede k dalšímu somatickému vyšetřování a zákrokům

VYVOLÁVAJÍCÍ FAKTORY		
Biologické	Psychologické	Sociální
Snížená schopnost a vůle hýbat se a cvičit Snížená kapacita a odolnost Zvýšená citlivost a vnímání (senzibilizace, hypervigilita) Chybné stravovací návyky Chybné pracovní návyky Závislosti (např. na lécích)	Trvající psychický stres, který není adekvátně komunikován ani řešen Neschopnost zmírnit současné obavy a úzkost Deprese Nadměrné zabývání se nemocí Nízká sebeúcta Katastrofizující myšlenky Přílišné vyhledávání informací o nemocech na internetu	Nedostatek sociální podpory Sekundární zisk z nemoci Naučené chování Rodinná dynamika Závislost na blízké osobě Interakce s ošetřujícím lékařem, která je odmítavá, vede k zesílení prožitku bolesti Interakce s lékařem, která vede k dalšímu somatickému vyšetřování a zákrokům

Zdroj: Seifert M a Večeřová-Procházková A volně přeložili a doplnili dle Olde Hartman TC et al. (Wonca working party on mental health). Addressing the needs of patients with Medically Unexplained Symptoms (MUS). 2018.

Strategie zvládnutí traumatu nefungují běžným způsobem, neboť trauma není běžná situace. Reakce na trauma je komplexní, zakotvena hluboko v těle. Postihuje jak psychiku, tak může být příčinou i velmi vážných psychosomatických obtíží. Mezi projevy traumatu může patřit vyšší nemocnost a nejasné bolesti, bolesti hlavy, bolesti břicha, poruchy spánku, zhoršená funkce imunitního systému, poruchy příjmu potravy a další (Doležalová et al., 2017).

7.5. POLYVAGÁLNÍ TEORIE STEPHENA PORGESE

Integruje známé teorie, např. teorii trojjediného mozku – plazího, savčího či tygřího a opičího - nebo teorii stresové zátěže podle Holmese a Rahe. Polyvagální teorie vychází z evoluce savčího autonomního nervového systému a poskytuje neurofyziologická vysvětlení pro adaptivní chování. Podle této teorie je to právě stav fyziologického nabuzení, které limituje možný rozsah chování a prožívání (psychologické zkušenosti). Podle polyvagální teorie vytvářejí změny v aktivaci autonomního nervového systému tři základní stavy:

- 1) odpočinek a trávení (stav sociální, vázaný na prožitek bezpečí) – vede k chuti kontaktovat se s lidmi, společně tvořit a vyjednávat
- 2) boj nebo útek (mobilizace) – obecně známá stresová reakce
- 3) vypnutí (imobilizace, stav zamrznutí) – tuto reakci na ohrožení využívají např. antilopy, když dělají při útoku lva mrtvé a zároveň v tomto stavu necítí bolest

Viz **Obr. Polyvagální teorie 1 a 2** v app.

7.6. MODEL TĚLESNÉ TÍSNĚ A PREDIKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ

V poslední době se stále více prosazuje model tělesné tísně (bodily distress) jako poruchy vnímání. Vnímání tělesných pocitů je určováno stejně tak očekáváním jako periferními smyslovými vstupy – mozek neustále konstruuje své prostředí, včetně tělesných stavů (Henningsen et al., 2018).

Prediktivní kódování/zpracování (predictive processing) je neurobiologický model shrnující současné znalosti o lidském vědomí a vnímání. Vychází z poznání, že náš mozek šetří energii, a proto neustále aktivně konstruuje vnímanou realitu podle předešlých zkušeností, aby nemusel všechno exteroceptivní, propioceptivní i interoceptivní vnímání znovu a znovu analyzovat. Opravou drobných nebo větších chyb a odchylek přicházejících vjemů od předpokladu si zdravý mozek neustále zpřesňuje své odhady. Skutečně tedy vnímáme každý svůj vlastní vesmír a světě se vyznáme a orientujeme podle vlastních, individuálních předpokladů o tom, jak svět funguje. Jinými slovy naše chování vychází z očekávání a předpokladů o tom, jak svět funguje, více než z reality. Tyto předpoklady nasbíráme především prostřednictvím zkušeností z dětství, ale i během dalšího života. Naše předpoklady o světě, ale např. i o vnitřních tělesných pochodech, pak fungují jako určitý nevědomý filtr.

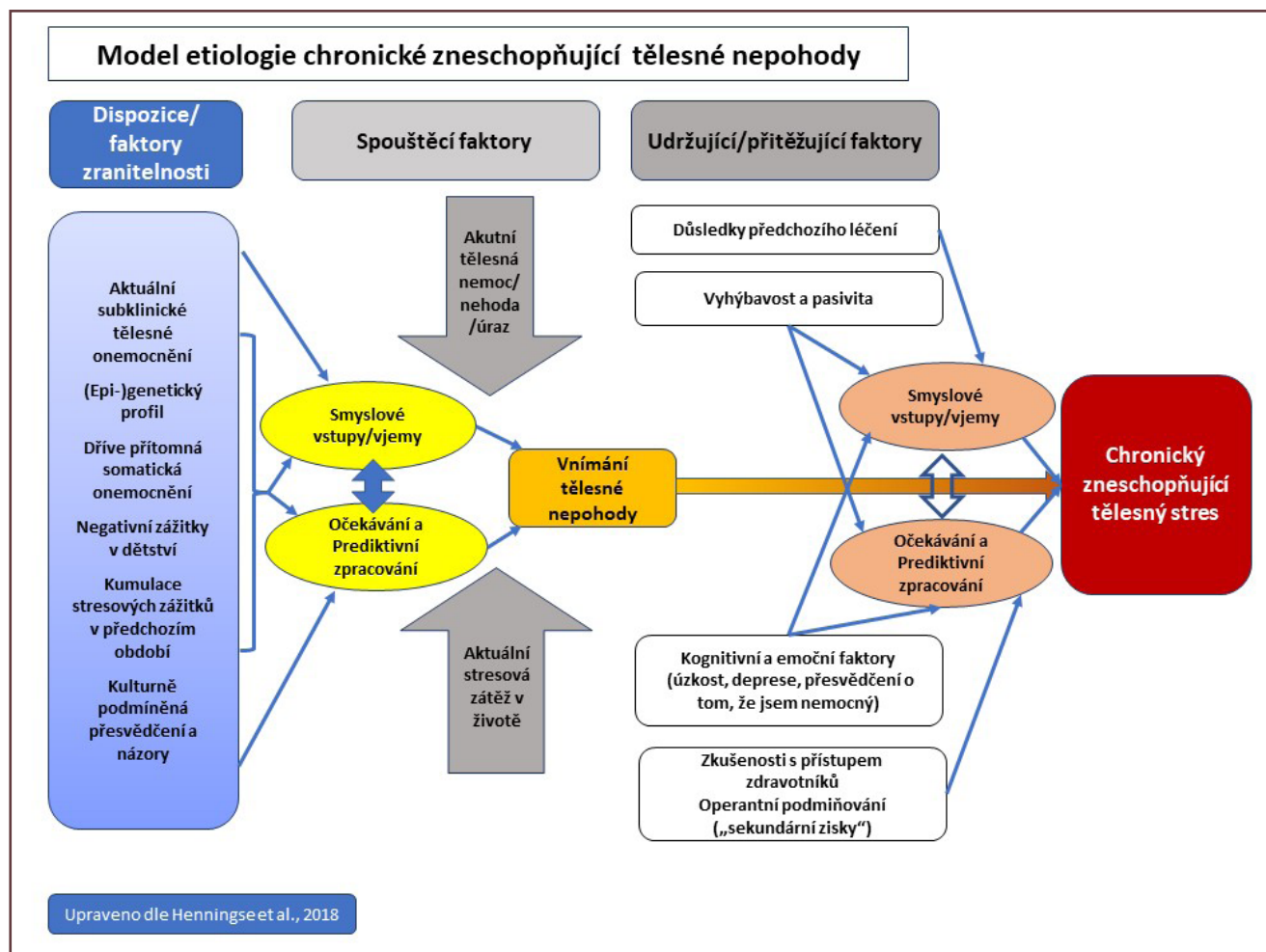
Tělo se nastavuje na emoční a pocitový stav, který mozek konstruuje jako odpověď na vnímanou a „přefiltrovanou“ realitu. Vznikají tak specifické vzorce svalového napětí a omezeného dýchání, což může vyústit v chronickou únavu, bolesti, dlouhodobé vyčerpání a také vliv na funkci vnitřních orgánů (nastavení autonomně řízené svalové vrstvy v trubicových orgánech). Za určitých podmínek, jako je například stres, fyzická de kondice, náročné vztahy nebo přítomnost tělesného onemocnění či infekce, deprese a vztahová deprivace, může dojít k domnělému zesílení vnímání tělesných signálů a zvýšení pozornosti a citlivosti vůči bolesti. Ve skutečnosti je však prokázáno, že deprese a úzkost a obecně negativní afekt posouvají vnímání směrem k důležitosti předpokladů na úkor zapracování podnětů přicházejících aktuálně z receptorů. Lidé pak mohou pociťovat spíše to, co si mozek „myslí“, že by cítit mohli (např. bolest, závrať, parestezie, dušnost), než co se skutečně děje.

Proto je tak důležité měnit pacientovo porozumění a výklad vlastního stonání (illness belief) – měníme tím celkové nastavení jeho systému. Každý rozhovor, a především každá tělesně prožitá zkušenost s uvědoměným významem mohou přenastavit, ba dokonce „přestavět“ mozek (Ruegg 2020). Více k přesvědčení o nemoci (illness belief) viz app.

Model prediktivního kódování v sobě integruje kromě stresové teorie také kognitivní teorii, dříve používanou teorii atribuce (přisuzování významů prožitkům) i teorii emocí vycházející z neurovědních výzkumů Antonia Damasia (emocionální prožitky jsou primárně tělová reakce a teprve se zpožděním jsou přeloženy do porozumění prostřednictvím slov a pocitů).

Henningsen a kol. navrhli vysvětlující **diagram vzniku syndromu tělesné tísně/nepohody** (od Bodily distress syndrom z MKN-11), který propojuje PPP model s prediktivním kódováním/zpracováním (Tab. 4). Další podrobnější diagram viz app.

Tabulka 4: Model vzniku tělesné tísně (bodily distress)



Více o etiopatogenezi viz app. a přehledový článek Pacienti s medicínsky nevysvětlenými příznaky v ordinaci praktického lékaře (Seifert M, Šebela A. Praktický lékař 2022).

8. PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP K PACIENTŮM S PSS

Pro lékaře je zásadní být stále připraven na pacienty, kteří velmi trpí svými tělesnými příznaky a jsou jimi znejistěni, a proto intenzivně vyžadují vyšetřování, vysvětlení a pojmenování jejich potíží. Je zásadní být stále připraven na to, že potíže pacientů současná medicína často neumí adekvátně zachytit, pojmenovat, zařadit; rozhodně ne tak, jak by si to mnoho pacientů představovalo. Specializovaní lékaři pacientům často tvrdí, že všechna vyšetření jsou v pořádku, a pacient je tedy zdravý. Nemají co léčit a pacient odchází frustrován. Psychosomatická etiologie potíží pacienta by měla být zvažována v rámci diferenciální diagnostiky téměř u každého pacienta přicházejícího do ordinace praktického lékaře. Důležité je, aby lékař tuto úvahu otevřeně sdílel od začátku s pacientem zároveň s adekvátním biomedicínským diagnostickým postupem. Často stačí, když je lékař ve své mysli i ve svém srdci otevřený pro vše, co si pacient přináší, a nechá pacienta mluvit. Případně se zeptá zcela zásadně: „A co si myslíte o svých potížích vy?“ „Napadlo vás nějaké vysvětlení vašich potíží?“

Pacienti většinou přicházejí k lékaři s tělesnými stesky a funkčním omezením. Avšak když je lékař vhodně nastaven, nabízejí pacienti často tzv. „**psychosociální okénka**“. Např. zmíní, že je šťve, že svými problémy obtěžují svého přítele nebo že nemá čas na fyzioterapii, protože musí denně jezdit za nemocným rodičem, apod. Vědomě nebo vědomě tak nabízejí lékaři i jiné než jen biologické vysvětlení a jejich potíží a zároveň tím (opět někdy nevědomě) naznačují, že jsou otevřeni mluvit i o jiných než omezeně biologických řešeních potíží.

Když je pacient dopředu připravován, že by vyšetřovací metody nemusely objasnit důvody jeho obtíží a že by se mohlo jednat o (zjednodušeně řečeno) psychosomatické projevy jeho těla, je s ním pak při následných konzultacích mnohem jednodušší spolupráce. Lékař by měl myslet na psychosociální okolnosti každého stonání od samého začátku. Jestliže však provede obvyklá vyšetření podle příznaků a somatická léčba vede k úzdavě, není třeba rozšiřovat diagnostiku o psychosociální kontext (i když to může mít pozitivní preventivní vliv). Je pravděpodobné, že se organismus spontánně bio-psycho-sociálně vyladí, má k tomu dost sil a nepotřebuje další intervenci zvenčí. Když si lékař navykne přistupovat ke všem svým pacientům bio-psycho-sociálně a naučí se

reflektovat své pocity, které v něm osobnostně komplikovanější pacienti vyvolávají, přestane cítit nepříjemnou, těžko prostupnou bariéru hranice biomedicínského a psychosociálního zájmu o pacienta. Pacienti to rychle vycítí a budou mu své „psychosomatické diagnózy“ častěji sami nabízet, resp. vzájemná interakce nepovede k takové somatizaci a zbytnému vyšetřování. Této dovednosti a změny vnitřního nastavení však málokterý lékař dosáhne v našich podmínkách běžným vzděláním. Významně mohou pomoci kurzy zaměřené na psychosomatický přístup a na komunikaci, a hlavně sebezkušenostní psychoterapeutické vzdělání.

9. VZTAH MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM

Vztah mezi lékařem a pacientem s PSS je pro terapii klíčový. Zkušenost přijetí bez odsuzování může být pro některé pacienty novým transformačním zážitkem. Ne že by pacient odešel po první konzultaci z ordinace zcela zdravý, ale úzdravný proces se takovou konzultací může spustit. Důvěra ve „svého“ lékaře je nezbytnou podmínkou navázání skutečně terapeutického vztahu. Takovou důvěru může podporovat naslouchání bez posuzování, bez vinění, doptávání se na kontext a prožívání potíží i na zdánlivě nesouvisející oblasti pacientova života. Lékař by měl vyjadřovat empatii a pochopení. **Důležité je aktivně pracovat s pacientovou perspektivou stonání.**

Pacienti s perzistujícími somatickými symptomy dlouhodobě trpí tělesně, duševně i sociálně, jsou funkčně oslabeni a také vystaveni riziku potenciálně škodlivých dalších vyšetření a poškozující léčby (tzv. overdiagnosis a overtreatment), které ve své úzkosti vyžadují (Rask et al., 2017). Čím méně jsou lékaři vzděláni, co se týče diagnostiky PSS a funkčních poruch, komunikace s těmito pacienty a jejich managementu, tím více jsou ovládáni nejistotou a odesílají pacienty na více vyšetření (Dirkzwager et al., 2007). Kromě toho tito pacienti běžně vyjadřují nespokojenost s lékařskou péčí, které se jim v průběhu stonání dostává. Cítí se stigmatizováni.

Vztah lékaře s pacientem s PSS je často během konzultací pod tlakem. Pacient často cítí, že není brán vážně, není pochopen a zůstává úzkostný, zatímco lékař se začíná cítit bezmocný a podrážděný, když nedokáže dospět ke sdílenému porozumění příznaků a problémů s pacientem. Lékaři také zažívají diagnostickou nejistotu a neprávem mají pocit, že by ji neměli dávat před pacientem najevo. **Empatický a zároveň autentický přístup lékaře posiluje u pacienta pocit, že je brán vážně, a tím snižuje jeho úzkost a posiluje důvěru v lékaře** (Lipowski et al., 1988). Dobrý vztah mezi lékařem a pacientem vede ke spokojenosti pacienta a zlepšení zdravotních ukazatelů, ale také k zásadnímu zlepšení pocitu lékaře. Naproti tomu neuspokojivý vztah a malá důvěra pacienta k lékaři mívají za následek nárůst příznaků a častější konzultace (Olde Hartman et al., 2013).

Pomoci vyřešit vztahové a komunikační problémy s konkrétním pacientem, ale i obecně rozvíjet umění reflexe svých emočních reakcí na komunikaci s pacienty i kolegy může účast (nejlépe pravidelná) na tzv. **balintovských skupinách** (Tab. 5). Tato forma strukturované skupinové supervize byla vytvořena v 50. letech 20. století právě pro praktické lékaře trápící se svými vztahově náročnými pacienty s neobjasněnými příznaky. Rozebrání případu, skupinová podpora, reflexe vlastních pocitů a nová inspirace odlišnými náhledy na situaci většinou vedou k novým nápadům, zvýšení empatie k pacientovi, uvolnění vztahu a celkově k lékařově úlevě. To může předejít tomu, aby pacient hledal řešení ve změně lékaře a následnému zbytečnému opakování již provedených vyšetření. Alternativou balintovských skupin mohou být týmové intervize (společná reflexe živých emocí vyvolaných děním v ordinaci) nebo případové supervize (týmová, kdy může přijít akreditovaný supervizor k vám do ordinace, nebo individuální, kdy navštíví lékař supervizora sám). Pro psychoterapeuty i lékaře s psychosomatickou praxí tyto možnosti představují nejen povinnost pro ukončení odborného vzdělání, ale i hojně využívanou možnost profesní růstu. A také prevenci syndromu vyhoření.

Tabulka 5. Balintovská skupina**Balintovská skupina**

- Michael Balint (1896–1970) byl maďarský psychiatr a psychoterapeut, který před válkou utekl do Velké Británie. Metodu balintovské skupiny (BS) vypracoval společně se svou ženou Enid v rámci společných seminářů s PL na londýnské Tavistocké klinice. Balint razil představu, že lékař sám je lék, a je potřebné tento lék poznávat a umět s ním pracovat. Vztah lékař-pacient může působit jak léčivě, tak iatrogeně, není-li dobře indikován a dávkován.
- BS je způsob, jak spolu mohou lékaři sdílet a rozebírat obtížné pacienty a zatěžující situace ze své praxe. Dává šanci vidět věci v nových souvislostech, zvýšit vlastní sebereflexi, rozšířit kontext, získat inspiraci a pocítit podporu.
- Centrem zájmu je vztah lékař-pacient, někdy však vstoupí do popředí např. vztahy v týmu. BS nabízí úlevu v práci s náročnými a obtížnými pacienty a působí jako účinná prevence syndromu vyhoření. Pro účast na BS není potřeba žádné speciální vzdělání nebo příprava. K účasti stačí ochota se angažovat. BS vede akreditovaný facilitátor, trvá obvykle 90 minut. Původní a optimální způsob vedení BS je pravidelné (většinou jednou měsíčně) setkávání uzavřené skupiny asi 8–12 praktických lékařů. Dnes je však zcela běžné, že se skupin účastní lékaři různých odborností, a to třeba jen jednou, skupiny nebývají uzavřené.
- V ČR se BS nabízí od 70. let. Po roce 1989 vznikla Balintovská sekce České psychoterapeutické společnosti ČLS JEP – informace o členech a akcích viz <http://www.psychoterapeuti.cz/...kce>. Např. na Psychosomatické klinice v Praze vede pravidelné BS MUDr. Romana Hronová.

10. DIAGNOSTIKA PERSISTENTNÍCH TĚLESNÝCH SYMPTOMŮ

Kombinace intuice založené na delší praxi a zkušenostech lékaře v kombinaci s teoretickými znalostmi a v nejlepším případě i psychosomatickým vzděláním může pomoci pacienty s velkou pravděpodobností psychosomatické etiologie potíží včasné identifikovat, a předejít tak některým zbytným vyšetřením. Pro výzkumné účely bylo už vyvinuto větší množství dotazníků zachycujících míru somatizace nebo riziko jejího vzniku. V běžné praxi primární péče se však žádný neuchytil tak, aby byl zásadní součástí doporučeného postupu. Ve studiích a také v psychiatrické praxi se osvědčily především dva relativně jednoduché dotazníky – Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) a Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8) (app.), které však zachycují spíše míru somatizace, než že by mohly sloužit jako jednoduché screeningové nástroje v praxi. Pro běžnou praxi uvádíme tabulku s anamnestickými údaji, které podporují pozitivní diagnózu funkčních potíží (Tab. 6). K přesnější diagnostice, ale také dalšímu managementu pacienta můžeme využít i výše zmíněný PPP model (Tab. 3). Diagnostika tělesných potíží v ordinaci praktického lékaře může mít silný léčebný, ale i poškozující efekt. Odebírání anamnézy a vyšetřování by mělo být od začátku vedeno citlivým psychosomatickým způsobem.

Tabulka 6. Anamnestické údaje podporující diagnózu funkčních potíží**ANAMNESTICKÉ ÚDAJE PODPORUJÍCÍ DIAGNÓZU FUNKČNÍCH POTÍŽÍ**

V akutních případech	V chronických případech:
<ul style="list-style-type: none"> • náhlý začátek s dramatickými projevy neodpovídající tělesnému stavu, bizarní symptomy měnící lokalizaci, nereagující na běžnou léčbu • nedávné prožití významné životní události (dokončení školy, svatba, rozvod, ztráta práce, ztráta blízkých, odchod do důchodu atd.) • narození nebo odchod dětí nebo věk dětí odpovídající některému z kritických vývojových období v rodině (6, 12, 18 let) • velké zaujetí symptomy projevující se v myšlenkách, starostech i komunikaci a chování pacienta 	<ul style="list-style-type: none"> • dlouhá anamnéza obtíží • bezpříznakové intervaly • přítomnost nepříznivých psychosociálních faktorů • časté konzultace pro potíže v různé lokalizaci bez vysvětlujících nálezů • dříve pozorované tendence k somatizaci psychosociálních problémů • úporné lpění na somatickém výkladu potíží a touha po excesivním vyšetřování • vztahově a komunikačně náročný pacient • výrazné ovlivnění rodinného a pracovního života symptomy

Zdroj: doplnil Seifert M podle Chvála V a kol. Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky. Doporučený postup SVL ČLS JEP. Vyd. 1. 2015.

10.1. VYŠETŘOVÁNÍ SYMPTOMŮ A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Po zvážení diagnózy je důležité brát pacienta vážně, provést fyzikální vyšetření v ordinaci a zvážit další diagnostické metody, které pomohou vyloučit nejpravděpodobnější onemocnění v diferenciální diagnóze (diabetes mellitus, zánětlivá onemocnění střeva, anémie a deficiencie železa, endokrinní poruchy a autoimunitní onemocnění, která mají podobné precipitující faktory jako MUS). Musíme vždy myslet i na vzácné nemoci, které mívají multifornní příznaky jako např. roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba s časným nástupem, myasthenia gravis, AIDS, poruchy metabolismu jako hyperparatyreóza, adrenální insuficience/Adisonova choroba či akutní intermitentní porfyrie a také systémový lupus erythematosus a další onemocnění pojivové tkáně. Zejména revmatologická onemocnění mohou mít nespecifické, proměnlivé a dlouhotrvající příznaky. Také nádorová onemocnění mohou přivést pacienta poprvé k lékaři pro trvající bolest, únavu, pocit diskomfortu v krku nebo v břiše nebo střevní potíže.

U pacientů, kteří přicházejí do ordinace PL s nejasnými tělesnými potížemi, musíme vždy myslet na možné domácí násilí různých forem, které mohl pacient zažít anebo ještě zažívá. Zvláště u dětí, dospívajících a žen, ale také u závislých seniorů. Násilí může mít formu tělesnou, sexuální, psychickou i ekonomickou. Je potřeba se na toto aktivně citlivě doptat. Oběti se jen velmi vzácně lékaři sami aktivně svěří. Podezření by mělo zvýšit, když pacient/ka přichází k lékaři v doprovodu. Měli bychom si všimnout jizev, modřin a dalších známek tělesných poranění a také třeba výrazné úzkosti nebo omezené expresivity.

Důkladné fyzikální vyšetření by mělo být provedeno a dokumentováno, a to i pro uklidnění pacienta. S výhodou může praktik využít neškodné diagnostické metody, které má v ordinaci, jako např. EKG, pulsoxymetrie, otoskopie, tonometrie nebo ultrazvuk. Na základě (předběžných) zjištění by mělo být jakékoli další vyšetřování plánováno systematicky a rezervovaně a komunikováno s pacientem uklidňujícím způsobem. Na základě anamnézy a vyšetření by měl lékař zhodnotit vážnost postižení (viz také níže), detekovat varovné signály nebo rizikové faktory chronického průběhu (viz Tab. 7), a podle toho dále postupovat. Pokud nejsou detekovány žádné varovné signály, pacient by měl být uklidněn, ale bez zlehčování nebo negace příznaků.

Vyšetřovací metody: 1) zvyšují diagnostickou jistotu FSS vyloučením jiných příčin potíží 2) dávají jistotu lékařům a 3) ujišťují pacienta. Důležité však je, aby lékař nastavil hned na začátku jasnou hranici, co je potřeba vyšetřit, a nastínil pacientovi předem další postup podle toho, jak výsledky dopadnou. Úlohou praktického lékaře je chránit pacienta před tzv. *overdiagnosis a overtreatment*, tedy nadbytečnou medicinalizací, která může pacienta poškodit a samozřejmě stojí peníze. Velice praktické se ukazuje například použití ultrazvuku v ordinaci PL formou tzv. POCUS (point-of-care ultrasonography). Pacient se cítí kvalitně vyšetřen, nemusí nikam chodit, šetří se čas i peníze pacienta i zdravotního systému. Samozřejmě že v určitých případech PL potřebuje indikovat expertní sono a další vyšetřovací metody.

10.2. PRACOVNÍ HYPOTÉZA FSS

Pracovní hypotézu FSS by měl lékař zaznamenat do zdravotní dokumentace. V případě sdílené péče o pacienta více lékaři je uvedení pracovní hypotézy a plánovaného postupu nezbytné pro zajištění kontinuity péče a vyvarování se chyb v komunikaci. „Diagnóza“ PSS/FSS zůstává pracovní hypotézou, protože v některých případech můžeme teprve v průběhu času objasnit symptomy somatickým nálezem. Proto je třeba být po celou dobu průběhu symptomů maximálně pozorný k alarmujícím příznakům a změnám symptomů.

Pacienti se suspektní diagnózou funkčních a psychosomatických poruch vyžadují specifický přístup. Používáme všechny zásady moderní péče zaměřené na pacienta, zde však ještě s větším důrazem. Velice návodný k nástroj k vedení uspokojujivé konzultace u praktického lékaře je tzv. **Calgary Cambridge Guide** (schéma viz app.). Diagnostika se stává už v ordinaci praktického lékaře terapií. Už otázkami na všechny podstatné dimenze stonání otvíráme pacientovi možné souvislosti, kterých si možná nebyl vědom. Pacienti by měli být dotazováni na své hlavní příznaky a na jakékoli další příznaky nebo problémy. Dále by měli být dotázáni, jak se cítí ohledně svých příznaků, jak symptomy ovlivňují jejich každodenní život a jaké strategie používají ke zmírnění nebo vyloučení těchto příznaků. Po navázání základní důvěry se lékař může zeptat, jak si pacient sám vysvětluje své potíže, čeho se obává a co očekává od nás a od dalšího vyšetřování. Výborná pomůcka pro praxi je akronym **ICE** z anglického *ideas – concerns – expectations*, tedy

- **myšlenky** (a představy, které pacient má ohledně svých potíží a jejich původu)
- **obavy** (které pacient má ohledně dalšího vývoje potíží a jejich vlivu na život a práci)
- **očekávání** (která má pacient do budoucna od života i od nemoci, od diagnostických metod, od svého lékaře a také od dnešní konzultace).

Na základě těchto informací se pak může lékař s pacientem postupně dobírat ke **sdílenému porozumění** prezentovaných problémů a také ke **sdílenému rozhodování** jak dál. Subjektivní prožívání nemoci je zde mnohem důležitější než u jiných diagnóz. Pacienti skutečně trpí reálnými bolestmi, únavou, břišním diskomfortem apod., ale také vysokou mírou úzkosti, která se zvyšuje, když nejsou bráni vážně a nedostává se jim uspokojujícího vysvětlení jejich potíží.

Po zformulování pracovní hypotézy FSS pokračujeme:

- hlubším **prozkoumáním symptomů zaměřeným na porozumění pacientovi** a jeho potížím – SCEBS model níže
- **zhodnocením varovných signálů a stanovením prognosticky příznivých a nepříznivých faktorů** – Tab. 7
- stanovením závažnosti FSS

10.3. DIMENZE SYMPTOMU A STONÁNÍ

K úplné anamnéze a pochopení pacientova příběhu je nutné prozkoumat všechny dimenze symptomu, tj. jeho **somatický, kognitivní, emocionální, behaviorální a sociální (vztahový) rozměr**. Přední světový výzkumník PSS v primární péči Olde Hartman nabízí v holandském doporučeném postupu akronym SCEBS podle anglického *somatic, cognitive, emotional, behavioural and social* jako checklist pro prozkoumání všech dimenzí pacientova stonání (Olde Hartman et al., 2013). Je třeba si uvědomit provázanost všech těchto vrstev. Tělesná úroveň vytváří signál ve formě příznaku, na psychické rovině vzniká jeho zpracování, pacient přiřazuje příznaku význam v jeho životním příběhu, tento význam spouští emoční reakci podle osobních zkušeností člověka. Svým chováním a komunikací člověk pak ovlivňuje a spoluvytváří sociální vrstvu a kulturu, která má zpětně vliv na to, jak lze symptomům rozumět. Můžeme se bavit o smyslu symptomu. Detailněji k jednotlivým dimenzím viz app.

Tabulka 7. Protektivní faktory, rizikové faktory a varovné signály

<p>OCHRANNÉ FAKTORY PRO PŘÍZNIVÝ PRŮBĚH („ZELENÉ VLAJKY“)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Funkční myšlenky a postoje, např. humor, sebevědomí • Aktivní strategie zvládnání, např. účast na sportu, schopnost užívat si a relaxovat • Individuální zdroje, např. koníčky, obecná motivace, plány související s prací • Žádné nebo jen mírné psychosociální tlaky, např. dobrá sociální podpora a dobré podmínky na pracovišti • Žádná duševní komorbidita • Převažující zachování každodenního fungování, např. schopnost pracovat • Silný vztah mezi lékařem a pacientem • Biopsychosociální přístup k léčbě s posilováním sebedůvěry a pozitivních strategií zvládnání • Vyhýbání se zbytečné diagnostice a terapii
<p>OCHRANNÉ FAKTORY PRO PŘÍZNIVÝ PRŮBĚH („ZELENÉ VLAJKY“) INDIKÁTORY / RIZIKOVÉ FAKTORY PRO CHRONICKÝ A KOMPLIKOVANÝ PRŮBĚH („ŽLUTÉ VLAJKY“)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Více příznaků (polysymptomatický průběh) • Často se vyskytující nebo přetrvávající příznaky • Dysfunkční myšlenky a postoje, např. katastrofické myšlenky, bezmocnost/beznaděj, značná úzkost související se zdravím • Pasivní, hyperaktivní nebo potlačující chování, např. ochranné a vyhýbavé chování, přetrvávající pracovitost/vytrvalost, chování vyhledávající bezpečí • Střední až vysoká psychosociální zátěž, např. stres na pracovišti, sklíčenost, osamělost • Duševní komorbidita (zejména deprese, úzkostná porucha, závislost, posttraumatická stresová porucha) • Výrazně snížené každodenní fungování, např. pracovní neschopnost, fyzická de kondice • Vztah terapeut-pacient vnímaný jako „obtížný“ na obou stranách • „latrogenní somatizace“ nebo „chronifikace“ prostřednictvím nocebo zpráv, schvalování pasivního chování a postojů pacientů a zbytečných diagnostických testů a léčby
<p>VAROVNÉ SIGNÁLY („ČERVENÉ VLAJKY“)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sebeпоškozování nebo sebevražednost (např. podvýživa/podváha, fyzické důsledky ochranného chování, sebevražedné myšlenky a plány) • Hrozba újmy způsobené jinými, např. lékaři, zejména v důsledku nedostatečné nebo nevhodné léčby (např. nebezpečná, neindikovaná invazivní chirurgie) • Závažná mentální komorbidita, varovné signály • somatického onemocnění (např. krev ve stolici za přítomnosti gastrointestinálních příznaků, • B-symptomy spolu s vyčerpáním)

Zdroj: Roenneberg et al., 2019

10.4. HODNOCENÍ ZÁVAŽNOSTI PSS

Hodnocení závažnosti persistentních somatických symptomů je obtížné už proto, že máme jen málo objektivních kritérií. Užívají se arbitrážně tři stupně dle míry funkčního omezení, rozsahu potíží a délky trvání – viz Tab. 8 (Olde Hartman et al., 2013). Tato kritéria jsou důležitá k odhadu prognózy a k rozhodování o přístupu k pacientovi. Na tyto stupně závažnosti se budeme odvolávat v kapitole o terapeutických doporučeních. Splnění alespoň jednoho kritéria z vyššího stupně postižení může znamenat horší prognózu a mělo by to vést lékaře k důraznější intervenci. Jistě bude záležet na zkušenosti lékaře, jak odhadne závažnost stavu při spoléhání se na subjektivní hodnocení pacientem. Samozřejmě toto nelze brát jako absolutní rozdělení pacientů s jasně vymezenou hranicí. Míra funkčního omezení se zdá být nejdůležitějším kritériem pro hodnocení závažnosti.

Tabulka 8. Hodnocení závažnosti PSS

Mírné PSS	<ul style="list-style-type: none"> • mírné funkční omezení • jeden nebo několik symptomů v jednom nebo dvou funkčních systémech • trvání symptomů od 3 týdnů do 3 měsíců
Závažnější PSS	<ul style="list-style-type: none"> • středně závažné funkční omezení • několik symptomů ve více funkčních systémech • trvání symptomů od 3 týdnů do 3 měsíců
Těžké PSS	<ul style="list-style-type: none"> • těžké funkční omezení • symptomy ve všech funkčních systémech • trvání symptomů déle než 3 měsíce

Pacienti se zvýšenou mírou kontaktů se zdravotním systémem by měli být lékaři primární péče včas identifikováni jako pacienti s rizikem rozvoje funkčních somatizačních poruch, měl by být prozkoumán psychosociální kontext jejich stonání a rizikové faktory dle PPP modelu (Tab. 3). Lékař by měl u nich také aktivně pátrat po skryté depresi nebo úzkosti.

11. KOMBINACE PSS, DEPRESE A ÚZKOSTI

Četnost komorbidit funkčních syndromů s duševními poruchami (zejména úzkostí a depresí), se uvádí kolem 50 %. Zdá se, že není žádný významný vztah mezi úzkostnou poruchou nebo depresí a mírnými formami PSS. Naopak u pacientů s těžkou formou PSS je riziko deprese nebo úzkostné poruchy až třikrát vyšší než u pacientů bez PSS a také je zde vysoká míra komorbidit s hraniční poruchou osobnosti. Funkční somatické příznaky a tělesné potíže obecně jsou spojeny s vyšší mírou deprese a úzkosti než nemoci se srovnatelnými příznaky, ale s dobře definovanou organickou patologií (např. dráždivý tračník vs. zánětlivé onemocnění střev, fibromyalgie vs. revmatoidní artritida). Mnoho pacientů s trvalými somatickými příznaky však úzkostí ani depresí netrpí, takže tuto souvislost nelze chápat ani jako nespécifickou psychologickou reakci na přítomnost tělesných obtíží, ani jako maskovanou či somatizovanou depresi nebo úzkost samotnou (Henningesen et al., 2003). Jelikož úzkost, a především deprese vznikají mnohdy u pacientů s PSS až sekundárně, je jedním z našich cílů tomuto předcházet.

11.1. SOUBĚŽNÁ PSYCHICKÁ PORUCHA

U pacientů prezentujících perzistující tělesné obtíže můžeme nalézt určité typické projevy, které by měly vést k souběžné diagnóze duševní poruchy.

Na maskovanou **depresivní poruchu** bychom měli myslet, když pacient prezentuje narušení spánkového rytmu a spánkové architektury, poruchy chuti k jídlu (včetně přejídání či anorexie), neschopnost se soustředit a neschopnost prožívat potěšení, minimálně v posledních dvou týdnech. V ordinaci PL lze využít screeningové,

časově úsporné dotazníky **PHQ-2** (app.) nebo **S.A.S.A.** (Tab. 9).

V případě časově ohraničených epizod intenzivních tělesných příznaků, které jsou spojeny se strachem o život či s obavami ze ztráty vědomí či ztráty kontroly bychom měli pomyslet na **panickou poruchu** (viz app.).

Deprese i úzkosti mohou doprovázet emoční vyčerpání, přepracování nebo být nadstavbou osobnostního perfekcionismu, obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD), zažitého psychotraumatu či komplexní vývojové posttraumatické poruchy, případně zneužívání návykových látek, které si pacient nespojuje se svými potížemi. Vždy musíme také **myslet na možné domácí násilí** různých forem, které mohl pacient zažít anebo ještě zažívá.

PL na základě diagnostického rozhovoru určuje míru podezření na komorbidní psychiatrickou diagnózu, jejíž přítomnost udržuje či zhoršuje tělesné příznaky. Lehkou až středně těžkou depresivní a úzkostnou poruchu bez osobnostní poruchy je možné léčit antidepresivy v ordinaci PL, ideálně v kombinaci s psychoterapií. V ostatních případech (těžší úzkostné a depresivní poruchy, poruchy osobnosti, posttraumatické stavy, abusus) je vhodné spolupracovat s psychiatrem. V některých případech psychiatr přizve ještě adiktologickou ambulanci.

Tabulka 9. S.A.S.A.

SCREENING DEPRESE S.A.S.A.:

- SPÁNEK
- ANHEDONIE
- SEBEHODNOCENÍ
- APETIT

přítomnost narušení u tří bodů znamená 95% pravděpodobnost přítomnosti deprese

12. TERAPIE FUNKČNÍCH A PERSISTENTNÍCH SOMATICKÝCH SYMPTOMŮ

Základními kameny diagnostiky a léčby funkčních a persistentních symptomů jsou bio-psycho-sociální vysvětlující modely, empatická komunikace a interdisciplinární spolupráce u těžších případů.

Nekonkrétní, obecné ujišťování není příliš účinné a není vhodné ho provádět. Biomedicínské vyšetřování pouze za účelem uklidnění pacienta není doporučováno. Přináší s sebou zvýšené riziko medikalizace, zdravotní úzkosti a dalšího vyhledávání lékařské péče. Namísto toho je třeba pacientovi poskytnout kvalifikující vysvětlení a normalizaci.

Kvalifikující vysvětlení jsou vysvětlení, která zahrnují pacientovo porozumění potíží, která jsou pro pacienta smysluplná a která podporují pacientovo zvládání (coping).

Při **normalizaci** jsou pacientovy příznaky zasazeny do kontextu. Je to ujištění, že je normální (známé od jiných pacientů) mít tělesné pocity a že tyto pocity jsou jen zřídkakdy příznakem skutečného onemocnění. Normalizaci lze použít POUZE v lehkých případech.

Mnozí pacienti s chronickými somatickými symptomy potřebují také emocionální podporu. U pacientů s vysokou mírou využívání zdravotní péče se doporučuje být proaktivní a domlouvat si pevné schůzky na základě aktuální potřeby pacienta a postupně je přizpůsobovat. Spíše podle domluveného plánu nebo předem stanovených cílů, než podle spontánního vývoje symptomů a potřeb pacienta. Koordináční role praktického lékaře je u těchto pacientů obzvláště důležitá. Otevřená diskuse s pacientem o vhodnosti využití pohotovosti, vyšetření u specialistů nebo alternativních léčitelských služeb může být nezbytná.

Terapeutické cíle – nejdůležitější cíle léčby

Nejdůležitější cíle léčby jsou:

- vytvoření nosného terapeutického vztahu mezi pacientem a lékařem založeném na vzájemné důvěře
- nalezení takového vysvětlení daného problému, které by bylo přijatelné jak pro pacienta, tak pro lékaře
- omezování nežádoucího diskomfortu a zamezení rozvoje úzkosti a deprese při přetrvávajících symptomech pomocí edukace a emocionální podpory pacienta
- postupné zlepšování stavu pacienta po stránce tělesné, kognitivní, emocionální, behaviorální a sociální

Jako jeden z nejdůležitějších terapeutických faktorů se jeví tzv. reatribuce.

Reatribuce je strukturovaná intervence zaměřená na pacienta, jejímž cílem je poskytnout pacientovi vysvětlení, které spojuje jeho fyzické příznaky s psychosociálními problémy. Hlavním cílem je změnit neúčinné pacientovy atribuce příznaků a rozšířit je. Má čtyři fáze:

- umožnit pacientovi, aby se cítil pochopen
- rozšíření agendy nad rámec fyzických symptomů
- propojení s psychosociálními problémy
- vyjednávání o další léčbě

12.1. TERAPIE PSS A FSD VE SVĚTLE MEDICÍNY ZALOŽENÉ NA DŮKAZECH

Neexistuje mnoho přesvědčivých důkazů založených na velkých kvantech dat o efektu nějaké terapie funkčních poruch. To může mít metodologické důvody – jedná se o široké spektrum pacientů s různorodými příčinami potíží, různými symptomy i pestrým psychosociálním kontextem. Nicméně slabší důkazy o efektu terapie existují. Zde uvedeme některá zjištění a doporučení, která se objevují nejčastěji. Terapeutický efekt může mít:

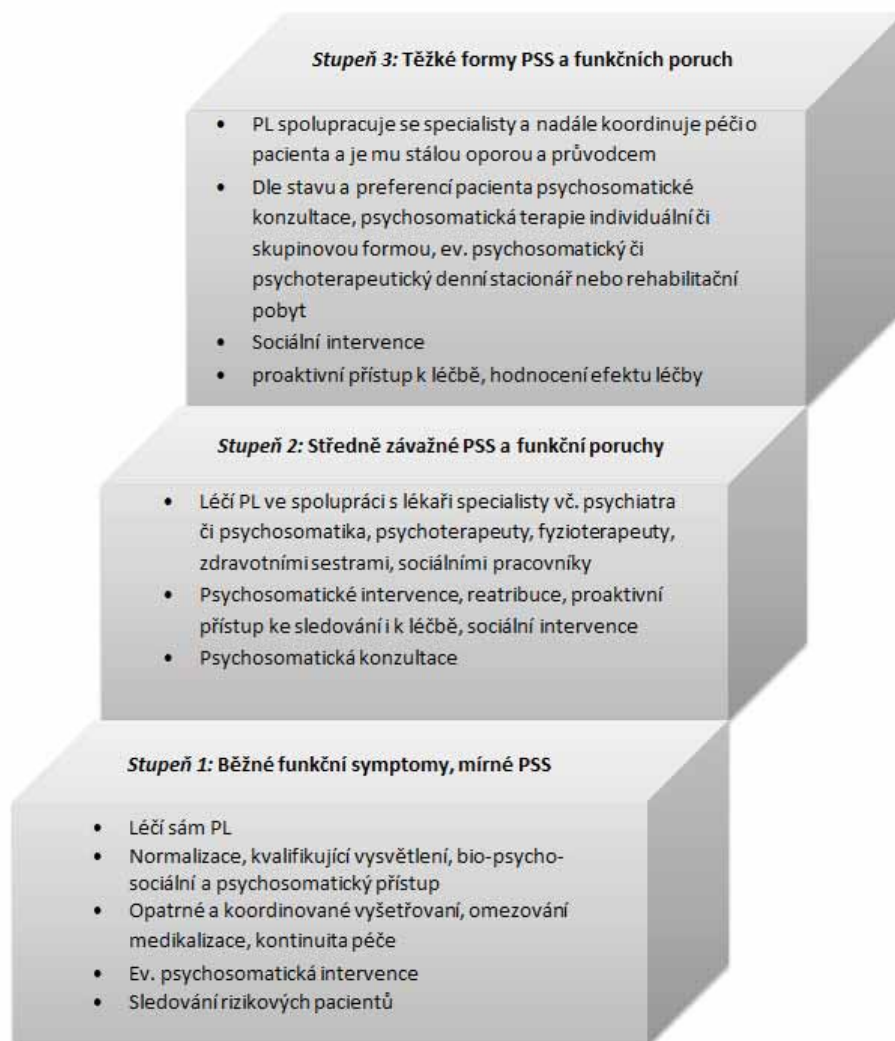
- Vztah lékaře s pacientem založený na akceptaci a empatii
- Farmakoterapie v omezených indikacích
- Kognitivně-behaviorální terapie a další individuální i skupinové psychoterapeutické intervence
- Relaxační, meditační a body-terapeutické metody, zvláště ty založené na všímavosti (mindfulness)
- Rodinná terapie
- Kolaborativní integrující péče

12.2. STUPŇOVITÝ MODEL LÉČBY

Aktuálně se nejvíce doporučuje a uplatňuje tzv. *stepped-care approach*, tedy **stupňovanou léčbu** pacientů s PSS podle tíže postižení uvedeného v Tab. Hodnocení závažnosti PSS (Olde Hartman et al., 2013 a 2018). Viz **Obr. Stupňovitý model léčby**.

Stupňovitý model péče o pacienty s PSS a funkčními poruchami

Obrázek 1. Stupňovitý model léčby



Zdroj: přeložil a upravil Seifert M podle Rosendal M et al., 2013

V prvním stupni pracuje PL sám. Normalizuje, vysvětluje, uklidňuje, opatrně vyšetřuje s jasným vymezením hranic, upevňuje terapeutický vztah s pacientem, ev. provádí psychosomatickou intervenci, pokud má k tomu oprávnění. Důležité je plánování pravidelných kontrol, které snižuje úzkost pacienta a zamezuje zvýšenému užívání zdravotní péče typu urgentní příjem, záchranná služba apod.

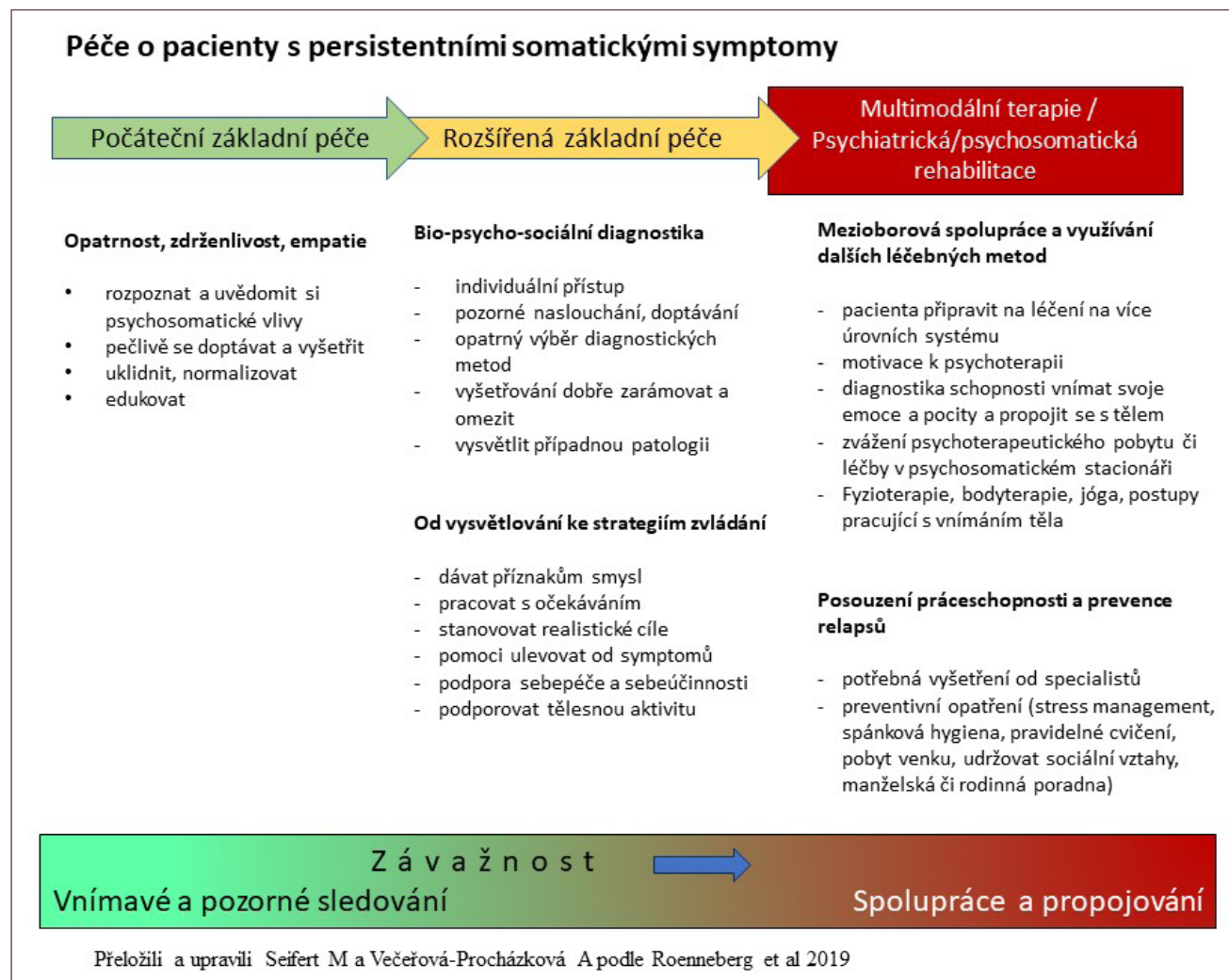
Ve druhém stupni zapojuje PL do péče o pacienta jednotlivé specialisty podle specifických potřeb pacienta (např. fyzioterapeut, psychoterapeut, neurolog, psychiatr, ev. psychosomatický specialista, pokud je dostupný). Spolupracující odborníci by měli mít zkušenosti s psychosomatickými pacienty, měli by být zvyklí pracovat se všemi rozměry pacientových potíží a měli by být schopni poskytnout pacientovy bezpečný a podpůrný vztah. Praktický lékař by měl být stále zásadní koordinátor léčby a ten, ke komu se pacient pravidelně vrací. Je důležité vést pacienta k aktivnímu podílu na léčbě (např. aktivní fyzioterapie, kondiční cvičení, psychoterapie vs. injekce, operace, pasivní formy fyzioterapie, masáže). V tomto stupni je vhodné využití výkonu **psychosomatické intervence**, pokud je k tomu daný PL kompetentní. U těchto pacientů je také vhodné využít **psychosomatické konzultace** s kompetentním odborníkem. V této fázi může pacienta i lékaře významně posunout, ulehčit jim společné trápení a mnohdy i předejít chronifikaci potíží.

U komplikovanějších pacientů s těžším průběhem MUS, které perzistují, jsou rezistentní k léčbě a pacienta trápí a funkčně omezují, **je potřeba přistoupit ke třetímu stupni léčby** a domluvit s pacientem přijetí do multidisciplinárního psychosomatického centra. Léčba může probíhat formou častých návštěv, denního stacionáře nebo za hospitalizace. Takových center v České republice bohužel zatím mnoho není. Předání pacienta do odborné psychosomatické péče by mělo v dobrém vztahu s ošetřujícím lékařem postupně vyvstat. Je to velice důležitá a nelehká úloha praktického lékaře postupně pacienta připravit na odbornou pomoc – jinou, než původně očekával nebo vyžadoval.

Ošetřující lékař by měl s pacienty také diskutovat o faktorech ze všech dimenzí podle SCEBS (viz výše a v app.), které mohou bránit zotavení, které byly zaznamenány během prozkoumávání příznaků, a hledat s pacientem cesty k jejich překonání.

Vhodnou péčí o pacienty s PSS a FSD celkově shrnuje Obr. Péče o pacienty s PSS. Další doporučení pro lékaře pečující o pacienty s PSS jsou v app.

Obrázek 2. Péče o pacienty s PSS



13. MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

Mezioborová spolupráce je v psychosomatické terapii zásadní. Praktickému lékaři však náleží a ve většině případů po celou dobu zůstává úkol motivace a přípravy pacienta k jednotlivým složkám terapie a také koordinační a průvodcovská role. Rozlišujeme interdisciplinární, multidisciplinární a transdisciplinární diagnosticko-terapeutickou péči:

Interdisciplinární péče – o pacienta kvůli jednomu problému se stará více odborníků

Multidisciplinární péče – o pacienta se stará více odborníků, kteří pracují buď v týmu na jednom pracovišti, nebo spolu alespoň komunikují a sdílejí nálezy a hypotézy a mohou se domlouvat na dalším postupu

Transdisciplinární péče – o pacienta se stará sebraný tým odborníků, kteří společně s pacientem po důkladné analýze jeho stavu, predispozic, preferencí a možností vytvářejí diagnosticko-terapeutický plán včetně stanovení dílčích a vzdálených cílů; v průběhu léčby v týmových poradách i s pacientem pravidelně hodnotí vývoj léčby, pacientův stav, dosažení cílů a snaží se identifikovat překážky léčebného procesu. Taková léčba by měla mít jasné časové ohraničení a pacient se na ní musí aktivně podílet, což vyžaduje motivaci a přípravu.

U těžších případů funkčních a somatoformních poruch je multidisciplinární péče nutností a nejlepší výsledky vykazuje péče transdisciplinární, ve které v dnešní době ve světě dominují prvky moderních forem kognitivně-behaviorální terapie a mindfulness (včetně tzv. ACT – acceptance and commitment therapy). Taková péče vždy obsahuje i různé formy práce s tělem a velkou důležitost má i skupinová práce.

Pokud chceme v České republice snížit utrpení mnoha lidí a také jejich blízkých, zvýšit jejich práceschopnost a ušetřit obrovské finance na zdravotních i sociálních výdajích, musíme:

- 1) aktivně zvyšovat psychosomatické kompetence především praktických lékařů, ale i dalších specialistů, fyzioterapeutů, psychoterapeutů, sociálních pracovníků a zdravotních sester,
- 2) podporovat budování center transdisciplinární psychosomatické péče a zajistit jejich financování.

Při odeslání pacienta k lékaři specialistovi na vyšetření by měl praktik otevřeně s pacientem komunikovat, proč ho tam odesílá, co od toho čeká a co bude následovat, když vyšetření neobjasní dané potíže. A také že je jistá pravděpodobnost, že se náhodně najde něco, co s potížemi nesouvisí, a může to vyvolat úzkost a potřebu dalšího potenciálně rizikového vyšetřování. Při otevřené komunikaci s pacientem pak není problém uvést na žádance např. „*Prosím o racionální vyšetření a zvážení psychosomatické příčiny potíží.*“ Nebo „*CAVE psychosociální kontext.*“ Ideální je s daným specialistou přímo komunikovat a domluvit s ním optimální postup na základě našich hypotéz. Zároveň by se lékaři měli vyvarovat stigmatizace pacientů nálepkami jako „*neurastenik*“, „*panikářka*“, „*je trochu blázen*“, „*má to od hlavy*“ apod. Je dokázáno, že lidé s diagnózou duševního onemocnění dostávají horší, omezenější zdravotní péči než průměr.

13.1. ROLE PSYCHIATRA V PÉČI O PACIENTA S PSS

V péči o pacienty s PSS může být psychiatr užitečným členem multidisciplinárního týmu zejména v případě potřeby zevrubnější diagnostiky a diferenciální diagnostiky příčin vzniku PSS a při formulaci efektivního postupu léčby. U PSS může jít o doprovodné, ale v prožívání pacienta dominující příznaky dosud nerozpoznané a popřené psychiatrické poruchy, součást příznakového komplexu po prožitém psychotraumatu, ale i o symptomy, jejichž podvědomým cílem je podat zprávu o situačním vyčerpání zdrojů, tedy projevy tzv. funkční. Psychiatr může nabídnout podobně jako psycholog podrobnější diagnosticko-edukativní rozhovor s pacientem a rozlišení těchto příčin, zejména když jsou projevy natolik obtěžující, že narušují běžné fungování v sociálních rolích daného pacienta. Psychiatr může rovněž nabídnout konzultace a vedení léčby psychofarmaky, zejména v případech parciální response, non-response na léčbu nebo výraznějších nežádoucích účinků a negativních reakcí na medikaci. Psychiatr může indikovat a vést pracovní neschopnost, doporučit lázeňskou léčbu nebo vhodný typ psychoterapie pro danou problematiku.

13.2. ROLE PSYCHOLOGA/PsYCHOTERAPEUTA V PÉČI O PSYCHOSOMATICKÉHO PACIENTA

Do ordinace psychologa/psychoterapeuta přicházejí v souvislosti s psychosomatickým stonáním pacienti:

1. které poslal lékař, a oni neví proč
2. které poslal lékař, protože na nich „*nic nenašel*“ a budou to „*mít přes hlavu*“
3. kteří tuší psychosomatickou souvislost svého stonání, případně již mají jasno v tom, jak jejich stonání souvisí s tím, jak žijí svůj život

V psychoterapii je velmi důležité vyjasnit si na počátku práce zakázku pacienta. Psychosomatictí pacienti často představu o terapii nemají, a proto práce s nimi začíná tzv. preterapií, kdy se možnosti spolupráce vyjasňují.

V preterapii často využíváme techniku „*časové osy*“, která pomáhá pacientovi i terapeutovi ujasňovat souvislosti mezi jeho stonáním a důležitými událostmi v životě pacienta. Časová osa je velmi dobrým nástrojem pro navázání

kontaktu s psychosomatickým pacientem pro psychoterapeuta, ale i lékaře, který bývá prvním, kdo pacienta na psychosomatické souvislosti jeho stonání upozorní.

Někdy se stane, že psychoterapeuti bez větší zkušenosti s prací s psychosomatickým pacientem práci s ním odmítají právě proto, že přichází bez jasné zakázky, bez představy, jak by mu mohl být psychoterapeut užitečný. Takový pacient se vrací do ordinace lékaře, který tím bývá velmi rozladěn, protože jeho snaha motivovat pacienta k psychoterapii je zmařena. Je tedy dobré **vytvářet si síť psychoterapeutů se zkušeností v péči o psychosomatické pacienty.**

13.3. DALŠÍ FORMY TERAPIE VYUŽITELNÉ V LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTŮ

Jako velmi vhodné se pro práci s psychosomatickým pacientem jeví **na tělo zaměřené terapie**, které se zaměřují na uvědomění si tělesného a emočního prožívání sebe sama i vnějšího okolí (body-psychotherapie, bioenergetika, biosyntéza, Pessio-Boyden psychomotorická psychotherapie, integrativní psychotherapie zaměřená na tělo, ev. jógová terapie aj.).

Vedle verbální terapie (léčby rozhovorem) se jako velmi prospěšná jeví kreativní terapie, kam bychom zařadili arteterapii, muzikoterapii, dramaterapii a taneční a pohybovou terapii.

Velmi účinná bývá v práci s psychosomatickým pacientem **rodinná psychotherapie.**

13.4. VÝZNAM FYZIOTERAPIE

Dobře se osvědčuje i **péče fyzioterapeuta** jako jakýsi most pro práci s tělesným příznakem a prožíváním. Pro psychosomatického pacienta bývá typické, že má rozpojené tělesné a psychické prožívání, velmi často neumí vyjádřit své emoce, nerozumí jim. Dotek fyzioterapeuta může být spouštěčem např. emocí nebo traumatických vzpomínek. Pro fyzioterapeuta je v takovém případě důležité poznat, kdy může psychologickou podporu pacientovi poskytnout sám (vlídností, nasloucháním, empatií) a kdy je čas nabídnout mu setkání s psychoterapeutem. Fyzioterapie může mít významný efekt v tom, že pacient díky primárnímu i sekundárnímu účinku terapeutických metod začne rovněž lépe vnímat a identifikovat všechny tělesné signály i pocity, mění se jeho tělesné prožívání i vztah k vlastnímu tělu. Tento proces může potencovat praktický lékař či specialista při indikaci k fyzioterapii vysvětlením, že jde o léčbu, při které je významný aktivní přístup a která není zaměřena omezeně pouze na pohybový systém, ale má komplexní účinky. Významná může být spolupráce praktického lékaře a fyzioterapeuta i v procesu motivování pacienta ke změně životního stylu, která má u řady psychosomatických pacientů úlevný efekt.

O významu a efektu fyzioterapie viz více v app.

13.5. VÝZNAM LÉKAŘE SE SPECIALIZACÍ PSYCHOSOMATIKA

Jak bylo popsáno výše ve stupňovitém modelu, v jistých momentech může trápení pacienta, ale i jeho prognózu významně ovlivnit psychosomatická konzultace u lékaře psychosomatika, jejíž obsah je popsán v úvodu. Odesláním pacienta k takové konzultaci se může praktickému lékaři velmi ulevit. Výhodou, že takovou konzultaci provádí většinou somatický lékař (dělají to často psychiatři, ale i praktici, gastroenterologové, gynekologové a další), takže to pacient může akceptovat jako součást lékařského vyšetřování. „Doktor... s Vámi zhodnotí všechny dosavadní nálezy, ale hlavně se bude soustředit na celostní pohled na Vaše zdraví a prozkoumání možných vlivů Vašich vztahů a životních událostí na Vaše současné zdraví. Bude mít na Vás dostatek času a snad společně dojdete k možnému vysvětlení Vašich současných potíží.“ Lékaři psychosomatici umějí pacienty dobře edukovat a také je motivovat k životním změnám nebo další terapii. Nebo také odradit od dalšího vyšetřování. Toto všechno samozřejmě může zvládnout i vzdělaný praktický lékař, když je k tomu ochotný a najde si čas.

13.6. PSYCHOSOMATICKÁ CENTRA

Výhodou péče o pacienty v psychosomatických centrech je, že při péči o pacienta spolupracuje více psychosomaticky smýšlejících odborníků zároveň. V péči o pacienta se většinou potkávají lékaři různých odborností, fyzioterapeuti a psychoterapeuti. Léčba je doplněna o pohybovou terapii, arteterapii apod., v případě potřeby i o práci ve skupině (skupinová psychotherapie).

Klíčová pro klienta je vzájemná komunikace jednotlivých odborníků nad příběhem a potížemi pacienta. To je třeba vždy dobře domlouvat s pacientem, aby věděl, že odborníci spolu mluví o jednotlivých terapiích a společně (i s pacientem) hledají cestu k jeho uzdravě. **Vzít pacienta do plánu léčby je velmi důležité proto, abychom dokázali pacientovi nabídnout plán léčby, který bude pro pacienta reálný (zohlední jeho možnosti časové, fyzické i třeba finanční). I díky tomu se pacient stává aktivním účastníkem léčebného procesu, což je pro jeho uzdravě důležité. Z pocitu bezmoci se dostává k tomu, že své zdraví může ovlivnit.**

Je obvyklé, že pacient v běžné péči s každým odborníkem řeší jen část svých obtíží (v terapii to nazýváme „štěpením“), a tak žádný z odborníků nemá ucelenou představu o stonání pacienta. Tomu dobrou komunikací v centrech můžeme předejít, a pomoci tak pacientovi k propojení všech obtíží (symptomů) a rovin stonání (bio-psycho-sociální).

Více o psychosomatické terapii v psychosomatických centrech viz app.

14. FARMAKOTERAPIE PSS A FUNKČNÍCH PORUCH

V současné době nemá žádný lék funkční poruchy jako registrovanou indikaci a důkazy funkčnosti léků nejsou příliš silné. Praktický lékař může zvážit úlevovou léčbu symptomů, avšak ta nesmí být návyková, nesmí pacienta poškozovat a musí být doprovázena aktivními formami terapie. Někdy můžeme dobře ovlivnit specifické symptomy (např. pomocí látek modifikujících motilitu střeva u syndromu dráždivého tračníku). U průjmové formy dráždivého tračníku však může pomoci off-label např. i amisulprid nebo amitriptylin – obojí v nejnižších dávkách opatrně s ohledem na kontraindikace. Lékaři by se měli vyhýbat návykovým lékům, jako jsou opioidy včetně kodeinu a tramadolu, benzodiazepiny a tzv. Z-hypnotika (zolpidem, zaleplon, zopiklon). Benzodiazepiny nemají žádné důkazy, že by zlepšovaly průběh nebo prognózu MUS (Kurlansik et al., 2016). Antidepresiva (SSRI, SNRI, TCA) mohou být účinná v případech úzkostné nebo depresivní komorbidity, ale také v závažných případech funkčních poruch bez těchto komorbidit. Účinky byly prokázány u bolestivých poruch (hlavně SNRI – Duloxetin, ev. Venlafaxin a TCA – amitriptylin aj.) a u insomnií (trazodon, mirtazapin, TCA). U některých pacientů s bolestí jako hlavním příznakem fungují také antikonvulziva (gabapentin, pregabalin, lamotrigin, karbamazepin), která však mívají vážnější nežádoucí účinky. Dle současných důkazů a doporučení je např. pregabalin ve fibromyalgii indikován pouze pro komorbiditu s generalizovanou úzkostnou poruchou: zkontrolujte účinnost po 2 a 4 týdnech a vysadte, pokud není účinný. U těžké zdravotní úzkosti je dokumentován účinek SSRI (Edwards et al., 2010). U mírnějších forem PSS bez jasné úzkostné nebo depresivní symptomatiky nemá farmakoterapie léčebný význam a nežádoucí účinky mohou převážit benefit. Je nutné myslet na to, že pacienti s PSS často prožívají nežádoucí účinky léčiv (jež jsou u všech výše uvedených léků časté) výrazněji než jiní lidé a můžou mechanismem sensorické amplifikace a prediktivního kódování rozvinout novou tělesnou symptomatologii.

Základem léčení pacientů s PSS jsou psychoterapeutické přístupy podporující zlepšení sebeuvědomování, sebeúčinnosti a vztahové efektivity. Nasazení psychofarmak a jejich dobrý efekt mohou u některých pacientů vést ke ztrátě motivace k psychoterapii a práci na sobě. Na druhou stranu u vyčerpaných, depresivních či silně úzkostných lidí nemusí mozek ani celý systém vůbec být schopen psychoterapii efektivně podstoupit a z psychoterapie těžit. Proto jsou v těžších případech psychofarmaka a jejich efekt dveřníkem k psychoterapii. Jde o nasazení medikace a dosažení symptomatické úlevy, která umožní z psychoterapie čerpat.

Základem rozhodování o nasazení medikace je podrobná léková a toxikologická anamnéza, kdy se doptáváme na léky a potravinové doplňky, případně byliny, které si pacient kupuje či pěstuje a užívá sám, dále na léky, které si nechává předepisovat a neužívá je, nebo si snižuje svévolně dávky nebo léky vynechává. Stejně podrobně je třeba se v dnešní době vyptat na návykové látky a motivaci a ochotu jejich užívání po dobu léčby přerušit, protože kombinace některých návykových látek s některými antidepresivy může pacienta ohrozit nebo zatížit nežádoucími účinky.

Pacient s PSS bývá z více důvodů, přičemž jedním z nich je např. alterovaný systém zpracování bolesti, disponovaný k rozvoji závislosti na anxiolyticích, zejména benzodiazepinech a hypnoticích či analgeticích. Benzodiazepiny a hypnotika bychom proto měli pacientům s PSS předepisovat skutečně pouze výjimečně a krátkodobě, maximálně do 6 týdnů trvání podávání.

V léčbě preferujeme antidepresiva s intrinsickým s analgetickým účinkem oproti benzodiazepinům (malé dávky tricyklického antidepresiva amitriptylinu do 50 mg/noc, nebo mirtazapin do 30 mg či venlafaxin, ten má ale analgetický efekt až ve vyšších dávkách, kde se již mohou projevovat nežádoucí účinky). V léčbě úzkosti máme více alternativ léků nebenzodiazepinového typu, které tlumí somatické projevy úzkosti – guaifenesin (Guajacuran), hydroxyzin (Atarax), tianeptin (Coaxil) či tofisopam (Grandaxin). Při výraznějších úzkostných projevech lze využít i malé dávky antipsychotik jako je quetiapin, melperon, tiapridal či prosulpin. K léčbě by ale v těchto případech měl být přizván i psychiatr.

15. PSYCHOSOMATIKA A ALTERNATIVNÍ MEDICÍNA

Psychosomatická medicína není alternativou, nýbrž vědecky založenou a vědecky budovanou odborností. Teorie i doporučení uváděné v tomto DP byly a jsou ve světě lékařské odborné veřejnosti a medicíny založené na důkazech intenzivně testovány a diskutovány. Jako všechny obory medicíny se i psychosomatická medicína vyvíjí a teorie se upravují a zpřesňují, objevují se nové a nové důkazy ohledně efektivity specifických léčebných metod. Nicméně komplexní, celostní přístup k pacientovi jako k jedinečnému člověku s jeho komplikovaným příběhem zůstává ve středu zájmu psychosomatiky. Tento aspekt psychosomatické péče některé tradiční medicínské systémy i novější alternativní přístupy sdílejí. Např. tradiční čínská a indická medicína (ájurvéda) jsou ve své

podstatě velmi celostní a psychosomatické. Ke každému člověku přistupují velmi individuálně a při diagnostice a léčbě berou v potaz všechny bio-psycho-socio-spirituální aspekty života. Důkazy o účinnosti dle metodiky moderní vědy mají však alternativní metody velmi omezené. Nejvíce přesvědčivá se jeví v určitých diagnózách akupunktura jako jeden z nástrojů tradiční čínské medicíny (TČM). Mnoho studií naznačuje, že akupunktura skutečně může účinným způsobem modulovat aktivitu v určitých oblastech mozku (Huang W et al., 2012).

Naopak např. homeopatie v izolované formě bez dalších léčebných modalit přesvědčující důkazy o účinnosti stále nemá (Mukerji et al., 2022). Léčitelé TČM, ájurvédy i jiných léčebných systémů však málokdy využívají jen jeden nástroj. Většina z těch úspěšných umí velmi dobře pracovat s osvědčeným nástrojem **lékař-léčitel a přijetí pacienta**.

Podle D. L. Sacketta je medicína založená na důkazech „péči, která integruje klinickou zkušenost se zájmy pacienta a s vědeckými důkazy o účinnosti léčby“ (Sackett, 1996). Z jeho definice je patrné, že nejde jen o jednostranné lpění na důkazy účinnosti, ale že je respektována i klinická a také osobní zkušenost lékaře a také osoba pacienta, jeho názor a jeho zájmy, což je plně v souladu s moderním pojetím péče zaměřené na osobu (person-centred care).

Dle WHO (2012) i dle stanoviska Vědecké rady České lékařské komory (2013) by měl lékař a priori neodmítat pacientova přesvědčení o alternativních postupech, ale měl by ho pravdivě informovat o důkaznosti efektivity těchto postupů, a především rizicích spojených s takovou léčbou, což zahrnuje i prodlžení jiné účinné terapie. Lékař by také měl svého pacienta chránit před zbytečnými finančními výdaji, které mohou zásadně zhoršit jeho životní situaci, a tím i jeho zdravotní stav. Z výše uvedeného vyplývá, že praktičtí lékaři by se měli orientovat, a tedy aktivně vzdělávat i v nejužívanějších alternativních léčebných metodách, aby mohli s pacienty informovaně diskutovat. Může to být způsob, jak zásadně posílit důvěru pacienta ve svého lékaře, a zlepšit tak jejich terapeutický vztah.

Alternativní léčitelé mohou přehlédnout nebo záměrně opomíjet vážné příznaky tělesné nebo psychické a zamlčovat potřebu seriózní léčby. Existují mezi nimi i nelegitimní praktikanti, kteří nemají odpovídající vzdělání, licenci nebo etický kodex. Zvyšuje se tak riziko neprofesionálního a nebezpečného jednání a pravděpodobnost, že takový přístup spíše uškodí, než pomůže. Praktický lékař by tedy neměl svého pacienta ztratit, pokud se ten zaměřuje v určité oblasti nebo v určitém období na alternativní léčbu. Vyjádřeným pochopením a přijetím takových rozhodnutí si může udržet pacientovu důvěru a kontinuitu své péče a např. kontrolami fyzikálního a laboratorního nálezu ochránit pacienta před poškozením zdraví.

Pokud doporučuje lékař svému pacientovi psychosomatickou léčbu nebo pokud lékaři o takové léčbě sám pacient referuje, měl by si lékař s pacientem ujasnit, co je a co není profesionální medicínská psychosomatická péče dle definic v tomto DP. Např. tzv. funkční medicína jí většinou není, i když se komerční subjekty pod touto značkou tváří, že k pacientovu zdraví přistupují celostně. Největší záruky by měl pacient mít, pokud o něj pečuje lékař s atestací z psychosomatické medicíny, případně lékař, který splňuje podmínky pro vykazování výkonu psychosomatické intervence. V případě psychoterapie je jistou zárukou atestace z klinické psychologie s certifikovanou odborností v psychoterapii, případně alespoň kompletně zakončený akreditovaný psychoterapeutický výcvik včetně supervize. Psychosomatické centrum by mělo být ideálně akreditované lékařské zařízení. Důvěryhodnost by dále mělo posílit členství ve Společnosti psychosomatické medicíny, České psychoterapeutické společnosti ČLS JEP nebo České asociaci pro psychoterapii. Pokud se jedná o metody komplementární péče, které mohou někdy pacientovi velmi prospět (např. shiatsu, Rolfing, jógová terapie, bioenergetika, kraniosakrální terapie a další), i zde důrazně doporučujeme trvat na certifikátech o kompletním zakončení výcviků v těchto metodách, které většinou obsahují i edukaci o rizicích a kontraindikacích, případně i supervizi.

Více o alternativní medicíně viz kapitola 7. 5. 2. Alternativní medicína v knize Všeobecné praktické lékařství (Seifert et al., 2019, a nové přepracované vydání 2023).

16. POSUDKOVÁ HLEDISKA

Funkční somatické potíže jsou častým důvodem k dočasné i trvalé pracovní neschopnosti. DPN obvykle vede VPL nebo psychiatr. Dle zvoleného způsobu léčení (ambulantní, stacionární léčba nebo hospitalizace) může mít PN různou, někdy i velmi dlouhou dobu trvání. Psychosomatické potíže mohou pacienty invalidizovat, ale to se častěji děje u jedinců s anamnézou psychotraumatu nebo vývojové traumatizace. Pokud bývá příznán invalidní důchod, tak většinou 1. stupně, a to nejčastěji u těžších fibromyalgických či únavových syndromů. Psychiatrická komorbidita bývá zohledňována a nezřídka je stanovena jako hlavní příčina příznání invalidity. Pacient by měl projít diagnostickým vyšetřením včetně vyšetření klinickým psychologem (indikuje psychiatr i VPL) k diferenciální diagnostice a k odlišení podílu osobnostní poruchy či psychotraumatu a k posouzení přítomnosti a závažnosti psychiatrické komorbidit. Před podáním žádosti o ID by také měly být využity dostupné léčebné možnosti farmakoterapeutické i psychoterapeutické – individuální či rodinná psychoterapie ve formě individuální či skupinové, ambulantně i v intenzivní formě ve stacionáři, a měla by být prokázána jejich omezená efektivita či neúčinnost např. u těžších osobnostních poruch. Omezování školní docházky nebo sportovní a jiné zájmové aktivity z důvodů funkčních potíží je nežádoucí a zhoršuje to prognózu pacientů. Lékař musí společně s pacientem a někdy i jeho rodinou citlivě hledat cesty, jak pacienta aktivizovat.

17. VZDĚLÁVÁNÍ V PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNĚ

Vzdělávání v psychosomatické medicíně je v současnosti stanoveno Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví (MZ) ČR (282/2019). Vzdělávací program oboru psychosomatika je zveřejněn ve Věstníku MZ ČR a na webových stránkách MZ. Vzdělávání lékařů v psychosomatice je v době vydání tohoto DP postaveno na třech pilířích: teoretické vzdělávání, které zajišťuje **Subkatedra psychosomatiky IPVZ**, odborné stáže v psychosomatice a supervidovaná praxe, kterou zajišťují akreditovaná psychosomatická pracoviště a sebezkušenostní skupiny, které umožňují lékařům nahlédnout do vlastního nitra prostřednictvím sebezkušenosti v roli klienta. Podrobné informace zájemci naleznou na webových stránkách **Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP**, <https://www.psychosomatika-cls.cz/>. **V budoucnu se chystají změny a zvláštní vzdělávací možnosti pro praktické lékaře, které budou komunikovány cestou SVL, SPL a IPVZ.** Mezi kratší kurzy, které může PL využít ve své praxi, patří např. Časová osa, Focusing, Autogenní trénink, Jacobsonova progresivní relaxace či Mindfulness-based stress reduction.

Zdroje informací pro lékaře i pro pacienty

Webové stránky SPM ČLS JEP: <https://www.psychosomatika-cls.cz/>

Wikipedia, NZIP: <https://www.nzip.cz/clanek/712-psychosomatika-zakladni-informace>

Seifert M, Šebela A. Pacienti s medicínsky nevysvětlenými příznaky v ordinaci praktického lékaře. *Praktický lékař*. 2022, 102(3), 103-121.

Knihy:

Balint M. *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Praha: Grada, 1999.

Baštecký J, Šavlík J, Šimek J. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, Avicenum, 1993.

Honzák R. *Psychosomatická prvouka*. Praha: Vyšehrad, 2013.

Levine PA. *Probouzení tygra*. Praha: Maitrea, 2011.

O'Sullivan S. *Je to všechno ve tvé hlavě*. Praha: Jota, 2015.

Ruegg JC. *Mozek, duše a tělo*. Praha: Portál, 2020.

Stackeová D. *Jak porozumět bolestem zad. Psychosomatika z pohledu fyzioterapeuta*. Praha: CPress, 2023.

Tress W, Krusse J, Ott J. *Základní psychosomatická péče*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008.

Van der Kolk B. *Tělo sčítá rány*. Jan Melvil Publishing, 2021.

LITERATURA:

1. Burton C, Fink P, Henningsen P et al. Functional somatic disorders: discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *BMC Med.* 2020;18, 34.
2. Burton C, Lucassen P, Aamland A, Olde Hartman T. Explaining symptoms after negative tests: towards a rational explanation. *J R Soc Med.* 2015;108(3):84-88.
3. Dirkzwager AJ, Verhaak PF. Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. *BMC Fam Pract.* 2007;8:33.
4. Doležalová P, Orlíková B, Kážmer L, Drbohlavová B, Csémy L. Trauma v dětství a adolescenci: průvodce pro pedagogy. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, 2017.
5. Edwards TM, Stern A, Clarke DD, et al. The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature. *Ment Health Fam Med.* 2010;7(4):209-221.
6. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129–36.
7. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2005 Jun;59(6):460-6.
8. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med.* 2003;65(4):528-533.
9. Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2018;20(1):23-31.
10. Huang W et al. Characterizing Acupuncture Stimuli Using Brain Imaging with fMRI - A Systematic Review and Meta-Analysis of the Literature, *PLoS One.* 2012;7(4):e3296.
11. Chromý K, Honzák R. Somatizace a funkční poruchy. Praha: Grada, 2005.
12. Chvála V, Honzák R, Masner O, Ročňová M, Seifert M, Seifert B, Trapková L. Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky. Doporučený postup SVL ČLS JEP. 1. vydání. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2015.
13. Jeřábek J. Fibromyalgie a duševní poruchy. *Psychiatr. praxi.* 2011; 12(2), 72-73.
14. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-Item Depression Screener. *Med Care.* 2003, 41(11):1284-92.
15. Kurlansik SL, Maffei MS. Somatic Symptom Disorder. *Am Fam Physician.* 2016;93(1):49-54.
16. Kusanoto H, Agustian D, Hilmanto D. Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review. *J Family Med Prim Care.* 2018;7(3):497-500.
17. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry.* 1988;145(11):1358-1368.
18. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2012;10:712–721.e4.
19. Löwe B, Andresen V, Van den Bergh O et al. Persistent SOMAtic symptoms ACROSS diseases — from risk factors to modification: scientific framework and overarching protocol of the interdisciplinary SOMACROSS research unit (RU 5211), *BMJ Open.* 2022;12:e057596.
20. Mukerji N, Ernst E. Why homoeopathy is pseudoscience. *Synthese* 2022;200:394.
21. Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar B et al. NHG Standaard SOLK. [NHG Guideline on medically unexplained symptoms (MUS)]. *Huisarts Wet.* 2013;56(5):222–230.
22. Olde Hartman TC, Woutersen-Koch H, Van der Horst HE. Medically unexplained symptoms: evidence, guidelines, and beyond. *Br J Gen Pract.* 2013;63(617):625-626.
23. Rask MT, Ørnbøl E, Rosendal M, Fink P. Long-term outcome of bodily distress syndrome in primary care: a follow-up study on health care costs, work disability, and self-rated health. *Psychosom Med.* 2017;79(3):345-357.
24. Roenneberg C, Sattel H, Schaefer R, Henningsen P, Hausteiner-Wiehle C. Functional somatic symptoms. *Dtsch Arztebl Int.* 2019;116(33-34):553-560.
25. Rosendal M et al. Danish clinical Guidelines DSAM: Functional disorders. 2015, přeloženo do angličtiny z dánského originálu Funktionelle lidelser vydaného 2013.
26. Ruegg JC. Mozek, duše a tělo. Praha: Portál, 2020.
27. Sackett D. Evidence-based Medicine - What it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312:71-72.
28. Seifert B, Tachecí I, Bureš J, Lukáš M. Dráždivý tračník. Novelizace 2019. Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2019.
29. Seifert B., Byma S. et al. Všeobecné praktické lékařství, třetí přepracované vydání. Praha: Galén, 2019.
30. Seifert M, Šebela A. Pacienti s medicínsky nevysvětlitelnými příznaky v ordinaci praktického lékaře. *Praktický lékař.* 2022, 102(3), 103-121.
31. Serrat M, Sanabria-Mazo JJ, Almirall M et al. Effectiveness of a multicomponent treatment based on pain neuroscience education, therapeutic exercise, cognitive behavioral therapy, and mindfulness in patients with fibromyalgia (FIBROWALK Study): a randomized controlled trial. *Phys Ther* 2021; 101(12).
32. Stasi C, Rosselli M, Bellini M, Laffi G, Milani S. Altered neuro-endocrine-immune pathways in the irritable bowel syndrome: The top-down and the bottom-up model. *Journal of Gastroenterology* 2012;47:1177–1185.
33. Trapková L, Chvála V. Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha: Portál, 2017.
34. Van der Leeuw G, Gerrits MJ, Terlun B et al. The association between somatization and disability in primary care patients. *J Psychosom Res.* 2015;79(2):117-122.

Doporučený postup Apendix, který je součástí tohoto doporučeného postupu a který je k dispozici pouze v elektronické formě, najdete na stránkách Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP.

www.svl.cz v sekci **Doporučené postupy, rok 2023**.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Sokolská 31, 120 00 Praha 2

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN 978-80-88280-52-1

ISBN 978-80-88280-52-1



© 2023, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Doporučené diagnostické a terapeutické postupy
pro všeobecné praktické lékaře



FUNKČNÍ A PERSISTENTNÍ TĚLESNÉ POTÍŽE: PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP

APPENDIX

PRVNÍ VYDÁNÍ 2023



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Sokolská 31, Praha 2

FUNKČNÍ A PERSISTENTNÍ TĚLESNÉ POTÍŽE: PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP

APPENDIX

Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2023

A) VYBRANÉ FUNKČNÍ SYNDROMY

SYNDROM DRÁŽDIVÉHO TRAČNÍKU

Syndrom dráždivého tračníku (Irritable Bowel Syndrome – IBS) je funkční porucha střev, to znamená, že není přesvědčivě spojena se strukturálními nebo biochemickými abnormalitami, které jsou zjištělé současnými rutinními diagnostickými nástroji. Onemocnění je charakterizováno bolestí břicha nebo diskomfortem, nepravidelností stolice a nadýmáním. **Prevalence** je asi 11 % (Lovell RM, Ford AC, 2012).

Pacienti nadměrně využívají zdravotní péči a onemocnění má velmi negativní dopad na kvalitu jejich života (Agarwal N, Spiegel BM, 2011).

Patofyziologie není zdaleka pochopena. Byly popsány některé abnormality gastrointestinálního systému – jako je porucha střevní mikrobiální rovnováhy, alterace funkce sliznic, viscerální hypersenzitivita, změna uvolňování slizničních a imunitních mediátorů atd. U pacientů s IBS byly zaznamenány i poruchy a chyby v komunikaci enterálního, autonomního a centrálního nervového systému (ENS, ANS, CNS) a také odlišnosti v mechanismech centrálního zpracování informací přicházejících ze střeva (Stasi C, Rosselli M et al., 2012).

Na jedné straně může mozek prostřednictvím autonomního nervového systému a osy hypotalamus-hypofýza-nadledviny ovlivňovat střevní motilitu a sekreci tekutin, propustnost střevního epitelu (Camilleri M, 2012), imunitní funkce (Elenkov IJ, Chrousos GP, 2006) a složení mikrobiomu. Na druhou stranu mohou tyto periferní změny ovlivnit strukturu a funkci mozku, čímž se vytvoří kruhové regulační smyčky mezi střevem a mozkem (Mayer EA, Labus JS, 2015) udržující potíže.

Na základě nových neurobiologických poznatků byl formulován komplexní patofyziologický model IBS, který vysvětluje změny selektivní pozornosti vůči interoceptivním signálům, změny centrálního sensorického zpracování interoceptivních informací a zapojení emočního prožívání spojeného s očekáváním střevních pocitů.

Mozek není pasivní orgán, který reaguje pouze na vstupní signály ze smyslových orgánů, ale aktivně vytváří vjemy na základě vnitřních modelů předpovídajících budoucí vstupní signály a na základě výpočtů rozdílů mezi předpověďmi a vstupními signály (tedy na základě výpočtu chyby předpovědi). Takový princip funkcí mozku se nazývá „prediktivní kódování“ (Friston K, 2010; Friston K, Kilner J, Harrison L, 2006, v orig. „predictive processing“).

Když mozek přijímá vstupní signály z periferie, jsou tyto signály porovnávány s předpověďmi, s očekáváním vyplývajícím z vnitřního modelu. Rozdíly mezi interocepceí a jejím očekáváním (vnitřním modelem) jsou vypočítány jako chyby předpovědi. Organismy regulují své tělesné stavy tak, aby minimalizovaly chyby předpovědi. To je možné zařídit buď aktualizací vnitřního modelu, nebo změnou tělesného stavu. U IBS se předpokládá, že abnormální vnitřní modely v kontrolních oblastech střev mohou neustále vyvolávat vnímání abdominální bolesti a nepohody ve střevech, přestože smyslové signály ze střev takovou informaci nepřinášejí – jsou normální. V takovém případě je vnímání závislé na předpovědi více než na sensorickém vstupu. Velké chyby predikce stavů střev, tedy velké rozdíly mezi předpověďmi (očekáváním) z vnitřních modelů v mozku a skutečnými stavy střev by však měly být minimalizovány podle principu prediktivního kódování. Jelikož je přesnost abnormálních vnitřních modelů extrémně vysoká, je jedním z dominantních způsobů minimalizace chyby v tomto případě úprava motility střeva (změnou tělesného stavu), odpovídající abnormálnímu modelu (očekávání) (Petzschner FH et al., 2017).

Všechny výše zmíněné mechanismy nebyly dosud plně prozkoumány a pochopeny a zatím nemohou sloužit k diagnostice, pouze mohou být inspirací pro možné způsoby vysvětlování pacientům a jejich uklidnění, a také pro léčbu.

Léčba IBS by měla být komplexní, včetně navázání důvěrného terapeutického vztahu mezi pacientem a lékařem, edukace, uklidnění, změny stravovacích zvyklostí, psychoterapie a případně farmakoterapie (Khan S, Chang L, 2010). Vzhledem k tomu, že 50–70 % pacientů s IBS uvádí další somatické a psychické příznaky (Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P, 2014), je optimálním postupem stupňovitá péče zpočátku zaměřená na převládající příznaky a zahrnující spasmolytika při bolestech břicha, antidiarhoika při potížích s průjmy (IBS-D) a laxancia při potížích se zácpou (IBS-C). Nutriční intervence a psychoterapii je vhodné použít u všech podtypů, stejně jako edukaci.

Doporučení ke kognitivně-behaviorální terapii nebo psychodynamické terapii a terapii založené na všímavosti (mindfulness) je vhodné zařadit nejen až po selhání farmakologické terapie, jak se někdy uvádí, ale současně s ní. Terapie založená na všímavosti vykazuje u pacientů s IBS slibné výsledky (Gaylord SA et al., 2011).

Literatura:

- Agarwal N, Spiegel BM (2011). The effect of irritable bowel syndrome on health-related quality of life and health care expenditures. *Gastroenterology Clinics of North America* 40, 11–19.
- Camilleri M (2012). Peripheral mechanisms in irritable bowel syndrome. *N. Engl. J. Med.* 367, 1626–1635.
- Elenkov IJ, Chrousos GP (2006). Stress system –organization, physiology and immunoregulation. *Neuroimmunomodulation* 13, 257–267.
- Friston, K. (2010). The free-energy principle: A unified brain theory? *Nature Review Neuroscience* 11, 127–138.
- Friston K, Kilner J, Harrison L (2006). A free energy principle for the brain. *Journal of Physiology Paris* 100, 70–87.
- Gaylord SA et al. (2011). Mindfulness training reduces the severity of irritable bowel syndrome in women: results of a randomized controlled trial. *Am. J. Gastroenterol.* 106, 1678–1688.

- Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P (2014). Irritable bowel syndrome: relations with functional, mental, and somatoform disorders. *World J. Gastroenterol.* 20, 6024–6030.
- Khan S, Chang L. (2010). Diagnosis and management of IBS. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 7, 565–581.
- Lovell RM, Ford AC (2012). Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 10, 712–721.e4.
- Mayer EA, Labus JS, Tillisch K, Cole SW, Baldi P. (2015). Towards a systems view of IBS. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 12, 592–605.
- Petzschner F H, Weber LAE, Gard T, Stephan KE (2017). Computational psychosomatics and computational psychiatry: Toward a joint framework for differential diagnosis. *Biological Psychiatry* 82, 421–430.
- Stasi C, Rosselli M, Bellini M, Laffi G, Milani S (2012). Altered neuro-endocrine-immune pathways in the irritable bowel syndrome: The top-down and the bottom-up model. *Journal of Gastroenterology* 47, 1177–1185.

FIBROMYALGIE

Fibromyalgie (FM) je syndrom charakterizovaný chronickou muskuloskeletální bolestí. Hlavními příznaky jsou svalová ztuhlost, ztuhlost kloubů, nespavost, únava, poruchy nálady, kognitivní dysfunkce, úzkost, deprese, celková citlivost a neschopnost vykonávat běžné denní aktivity (Bennett RM, Jones J et al., 2007). Nemocní si stěžují na subjektivní příznaky, často jsou přitom pohybově aktivní. Výskyt je daleko častější u žen – 4–7: 1 v porovnání s muži, nejvyšší prevalence je u žen v rozmezí 45–55 let, kde činí až 10 % populace.

Příčina FM je dosud neznámá. U 30 % žen se rozvíjí po autonehodě, kde došlo k prudkému pohybu hlavy vpřed a zpět (whiplash), kdy vždy dojde k poranění alespoň perivertebrálních měkkých tkání, dále po prodělaném těžším virovém onemocnění, u Bechtěrevovy choroby je výskyt FMS v 50 %, dále u funkčních poruch v oblasti krční páteře, u mladých pacientů bývá ve většině případů v anamnéze prožití náročné životní situace až psychického traumatu (rozvod rodičů, rozpad vztahu apod.), provázené nálezem v oblasti krční páteře, častější výskyt je také u pacientek po prodělaném gynekologickém výkonu, jako je hysterektomie, a u pacientů po frakturách osového skeletu – pánve či páteře (Jeřábek, 2011).

Patofyziologické faktory fibromyalgie nejsou dosud zcela známy, je však nepochybné, že FM souvisí s procesem zpracování bolesti v mozku. Ve většině případů se pacienti stávají přecitlivělými na bolestivé impulzy. Neustálá a značně zvýšená vnímavost vůči bolesti může být, a také často je, spojena i s různými psychickými symptomy (Bhargava J, Hurley JA, 2021). Intenzivnější vnímání bolesti je způsobeno centrální senzitivací, ke kterému dochází zesílením neuronální aktivity v centrálním nervovém systému (Muir WW, Woolf CJ, 2001). Senzitivace se však netýká jen neuronálních procesů. Významná je i psychosociální senzitivace a z toho vyplývají i významné konsekvence pro účinnou léčbu. Pacienti s FM jsou selektivně vnímavější k informacím týkajícím se těla a prostředí ve vztahu k bolesti. Jde o tak zvanou „kognitivně-emocionální senzitivaci“ (Brosschot JF, 2002). Ukázalo se totiž, že selektivní pozornost k určité tělesné bolesti může významně zvýšit vnímání a subjektivní prožívání této bolesti. Citlivost na bolest souvisí také se sociálním kontextem (to je možné označit jako „interpersonální senzitivaci“). Jejím podkladem je sdílená mentální reprezentace prožívání bolesti. Například rodina, ve snaze snížit bolestivé chování u jednoho ze svých členů, ve skutečnosti zvyšuje u dotyčné osoby stav úzkosti tím, že posiluje vnímání bolesti (Jackson PL, Meltzoff AN, Decety J, 2005; Collado A et al., 2014).

Léčba by měla být komplexní, a ne pouze farmakologická, byť jsou antidepresiva (především SNRI) stále považována za jeden z důležitých způsobů terapie. Nepochybný význam má edukace pacientů o tématech týkajících se neurofyziologie bolesti (Ceballos-Laita L et al., 2021), použitá nejprve v ordinaci PL, později i jako součást multimodální léčby (edukace, cvičení, psychoterapie, mindfulness). Tato vícesložková léčba vede k významnému snížení bolesti, zlepšení tělesných funkcí, stejně jako ke zmírnění únavy, úzkosti a deprese.

Literatura:

- Bennett RM, Jones J, Turk DC, Russell IJ, Matallana L (2007). An internet survey of 2596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskelet. Disord.* 8, 27.
- Bhargava J, Hurley JA (2021). *Fibromyalgia*. In StatPearls, StatPearls Publishing: Treasure Island, FL, USA.
- Brosschot JF (2002). Cognitive-emotional sensitization and somatic health complaints. *Scand. J. Psychol.* 43, 113–121.
- Collado A, Gomez E, Coscolla R, Sunyol R, Sole E, Rivera J, Altarriba E, Carbonell J, Castells X (2014). Work, family and social environment in patients with Fibromyalgia in Spain: An epidemiological study: EPIFFAC study. *BMC Health Serv. Res.* 14, 513.
- Ceballos-Laita L, Mingo-Gómez Mt, Estébanez-De-Miguel E et al. (2021). Does the addition of pain neurophysiology education to a therapeutic exercise program improve physical function in women with fibromyalgia syndrome? Secondary analysis of a randomized controlled trial. *J Clin Med* 10(11), 2518.
- Jackson PL, Meltzoff AN, Decety J (2005). How do we perceive the pain of others? A window into the neural processes involved in empathy. *Neuroimage* 24, 771–779.
- Jeřábek J (2011). Fibromyalgie a duševní poruchy. *Psychiatr. praxi.* 12(2), 72–73. Muir WW, Woolf CJ (2001). Mechanisms of pain and their therapeutic implications. *J. Am. Vet. Med. Assoc.* 219, 1346–1356.
- Serrat M, Sanabria-Mazo JP, Almirall M et al. (2021). Effectiveness of a multicomponent treatment based on pain neuroscience education, therapeutic exercise, cognitive behavioral therapy, and mindfulness in patients with fibromyalgia (FIBROWALK Study): a randomized controlled trial. *Phys Ther* 101(12).

CHRONICKÝ ÚNAVOVÝ SYNDROM (CHRONIC FATIGUE SYNDROME, CFS)

Chronický únavový syndrom, zvaný také myalgická encefalomyelitida (a jinak) označuje soubor typických klinických příznaků, kde dominuje těžká, invalidizující únava, která se nezlepšuje odpočinkem. Bývá doprovázena multifokální bolestí, poruchami spánku a kognitivní dysfunkcí. I mírná námaha může příznaky zhoršit. Podle nejčastěji přijímaných definic musí pacient pro stanovení diagnózy CFS splňovat následující kritéria klinických příznaků:

- patologická únava
- ponámahová malátnost
- poruchy spánku
- bolest
- dva kognitivní příznaky a alespoň jeden příznak ze dvou následujících kategorií: autonomní, neuroendokrinní, imunitní
- únava a ostatní příznaky musí přetrvávat nebo se vracet po dobu nejméně šesti měsíců
- příznaky nelze vysvětlit jiným onemocněním

Etiopatogeneze není dosud zcela jasná. Uvažuje se o infekci jako spouštěči CFS (Blomberg J, Gottfries CG et al., 2018; Broderick G, Katz BZ et al., 2012), dále o dysregulaci imunitního systému (Cliff JM, King EC, 2019; Rivas JL, Palencia T, 2018), o mitochondriálních abnormitách zahrnujících poruchu tvorby ATP (Anderson G, Maes M, 2020) aj.

Diagnostika: neexistují žádné selektivní diagnostické testy, diagnóza se opírá především o anamnézu a fyzikální vyšetření. K hodnocení duševních a tělesných funkcí je možné použít například dotazník SF-36 (Short Form Survey) (McHorney CA, Ware JE et al., 1993).

Léčba: Zatím neexistuje žádná specifická léčba ME/CFS, i když různé protokoly založené na kognitivně-behaviorální terapii a postupném navyšování zátěže mají u mnoha postižených velmi dobré výsledky. Doporučuje se poskytovat podpurnou symptomatickou péči zaměřenou na potřeby pacienta.

Cílem je:

- zlepšení současných příznaků, fungování a kvality života a prevence zhoršování příznaků
- pomoc vyrovnat se s emocionálním dopadem chronického a velmi vyčerpávajícího onemocnění
- prevence rozvoje deprese a fyzických a emocionálních problémů vyplývajících z CFS.

Hlavní doporučení pro léčbu:

- esenciální podmínkou je navázání podpurného terapeutického vztahu s pacientem
- edukace pacienta, popřípadě i jeho blízkých o onemocnění
- spolupráce s pacientem na vytvoření individuálního léčebného plánu
- symptomatická léčba zaměřená na nejvíce obtěžující příznaky
- podpora aktivní reflexe zlepšení od poslední návštěvy/od začátku léčby, oceňování postupných pokroků, povzbuzování, posilování motivace
- vhodné je naplánování pravidelných návštěv
- všechny nové příznaky nesmí být považovány za projev CFS, pokud se objeví nové příznaky, které nepatří k obvyklým projevům CFS u konkrétního pacienta, měly by být vyšetřeny

Vhodným doplňkem terapie je edukativní a psychoterapeutická podpurná skupinová terapie, které mohou pomoci zlepšit adaptivní kapacitu pacienta a zvládání zátěžových situací. Skupinové prostředí s terapeutu a ostatními pacienty kteří mají pochopení pro potíže, může být nesmírně uklidňující, podporující a léčivé, také snižuje izolaci podmíněnou podstatou onemocnění. Současně je skupinová psychoterapie prostorem, kde je možné ventilovat svou frustraci z nemoci a ztráty aktivního života.

Nejvhodnější je, stejně jako u jiných podobných onemocnění, multimodální psychosomatická terapie na specializovaném pracovišti.

Literatura:

- Anderson G, Maes M (2020). Mitochondria and immunity in chronic fatigue syndrome. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 103, 109976.
- Blomberg J, Gottfries C-G, Elfaitouri A, Rizwan M, Rosén A (2018). Infection elicited autoimmunity and myalgic Encephalomyelitis/Chronic fatigue syndrome: an explanatory model. *Front. Immunol* 9, 229–229.
- Broderick G, Katz BZ, Fletcher MA, Klimas N, Smith FA, O’Gorman M, Vernon SD, Taylor R (2012). Cytokine expression profiles of immune imbalance in post-mononucleosis chronic fatigue. *J. Transl. Med.* 10, 1–11.
- Cliff JM, King EC, Lee JS, Sepúlveda N, Wolf AS, Kingdon C, Bowman E, Dockrell HM, Nacul L, Lacerda E, Riley EM (2019). Cellular immune function in myalgic Encephalomyelitis/Chronic fatigue syndrome (ME/CFS). *Front Immunol.* 16, 10: 796.
- Eaton-Fitch N, du Preez S, Cabanas H, Staines D, Marshall-Gradsnik S (2019). A systematic review of natural killer cells profile and cytotoxic function in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Syst. Rev.* 8, 279.
- McHorney CA, Ware JE, Raczek AE (1993). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care* 31(3), 247–63.
- Rivas JL, Palencia T, Fernandez G, Garcia M (2018). Association of t and NK cell phenotype with the diagnosis of myalgic Encephalomyelitis/Chronic fatigue syndrome (ME/CFS). *Front Immunol.* 9; 9:1028.

B) ETIOPATOGENEZE PSS/FSD

PROJEVY STRESU V OBLASTI POHYBOVÉHO SYSTÉMU

(NAPSALA D. STACKEOVÁ, REDIGOVAL M. SEIFERT)

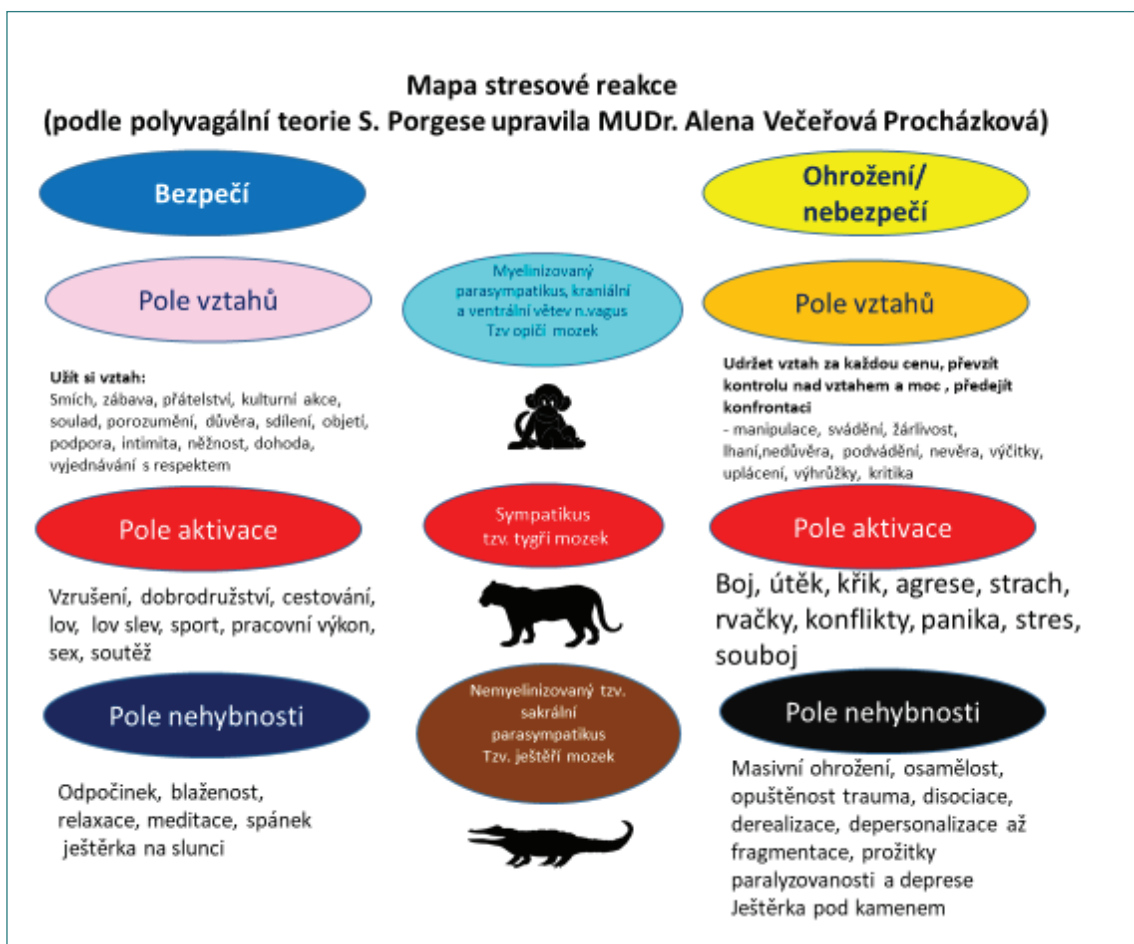
- vlivem stresu generalizovaně stoupá svalové napětí, dochází však i k jeho redistribuci typické rozdílnou reakcí v posturálních a fázických svalech ve smyslu zvýšené posturální připravenosti (ve svalech s převažující posturální funkcí svalové napětí roste, ve svalech s převažující fázickou funkcí svalové napětí klesá) – stres tak může být spouštěčem akutních bolestí v oblasti pohybového systému (nejčastěji bolestí zad), kdy dochází k akcentaci stávajících funkčních poruch;
- vlivem stresu dochází ke zhoršení kvality pohybových funkcí – zhoršuje se pohybová koordinace, balanční schopnosti, pohybové stereotypy a plynulost pohybu, čímž se zvyšuje riziko vzniku jednak akutního traumatu (svalová diskoordinace může vést ke vzniku natažení či natržení svalu, vzniku kloubní blokády), jednak se typicky při náročné pohybové aktivitě může podílet na vzniku makrotraumatu.

Při **chronickém stresu** pak vlivem dlouhodobé změny jak svalového napětí, tak pohybových funkcí dochází k typickým změnám na měkkých tkáních (vznik trigger pointů, přetížení úponových šlach a další) a vzniku bolestivých stavů pohybového systému.

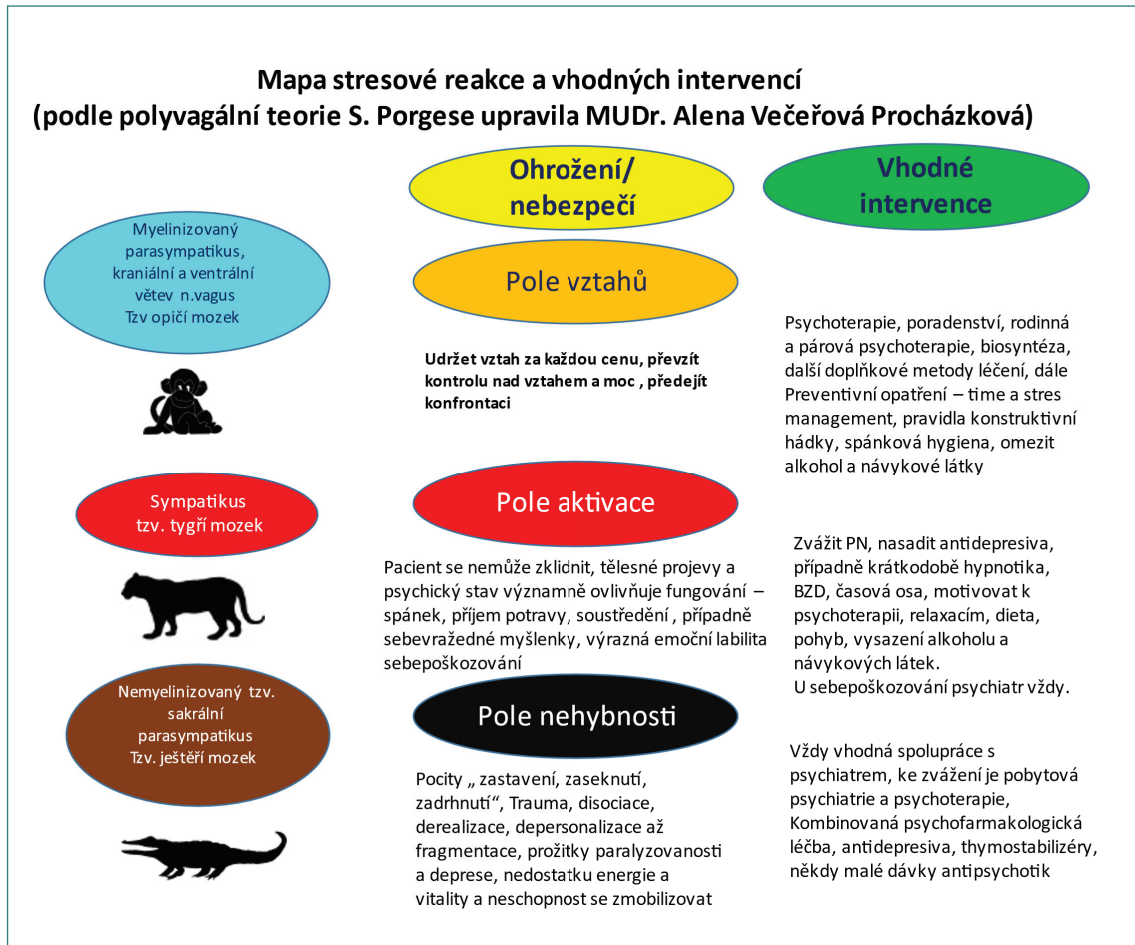
Na emoční stav bezprostředně reagují také dechové funkce, a to má úzký vztah k pohybovému systému. Při stresu je dýchání mělké, povrchní, často přerušované a převažuje horní typ dýchání, na němž se podílí svaly krku, šíje a ramen. To modifikuje redistribuci svalového napětí, výsledkem je kumulace svalového napětí v oblasti krku, šíje a ramen. Dlouhodobě pak vzniká typická úzkostná postura s nádechovým postavením hrudníku s elevačním postavením ramen a klíčních kostí. To podporuje vznik bolestivých stavů v oblasti krční páteře a hrudníku, popř. bolesti hlavy, u žen častěji díky anatomickým i funkčním rozdílům v oblasti pohybového systému.

Pozornost je třeba věnovat i možné přítomnosti psychiatrických potíží. Některé z psychiatrických diagnóz se mohou významně projevovat na pohybovém systému. U úzkostných poruch se jedná o oblast krku, šíje, temporomandibulárního kloubu a hlavy, u depresivních poruch pak o oblast spodních zad. U chronické bolesti může jít o následnou psychickou reakci na přítomnost bolesti somatického původu, která pak může působit jako udržovací faktor daných potíží, a tomu je třeba uzpůsobit i terapeutický postup. Pacienta je možné poškodit nejen absencí psychosomatického přístupu, ale také přílišnou psychologizací jeho primárně somatických obtíží!

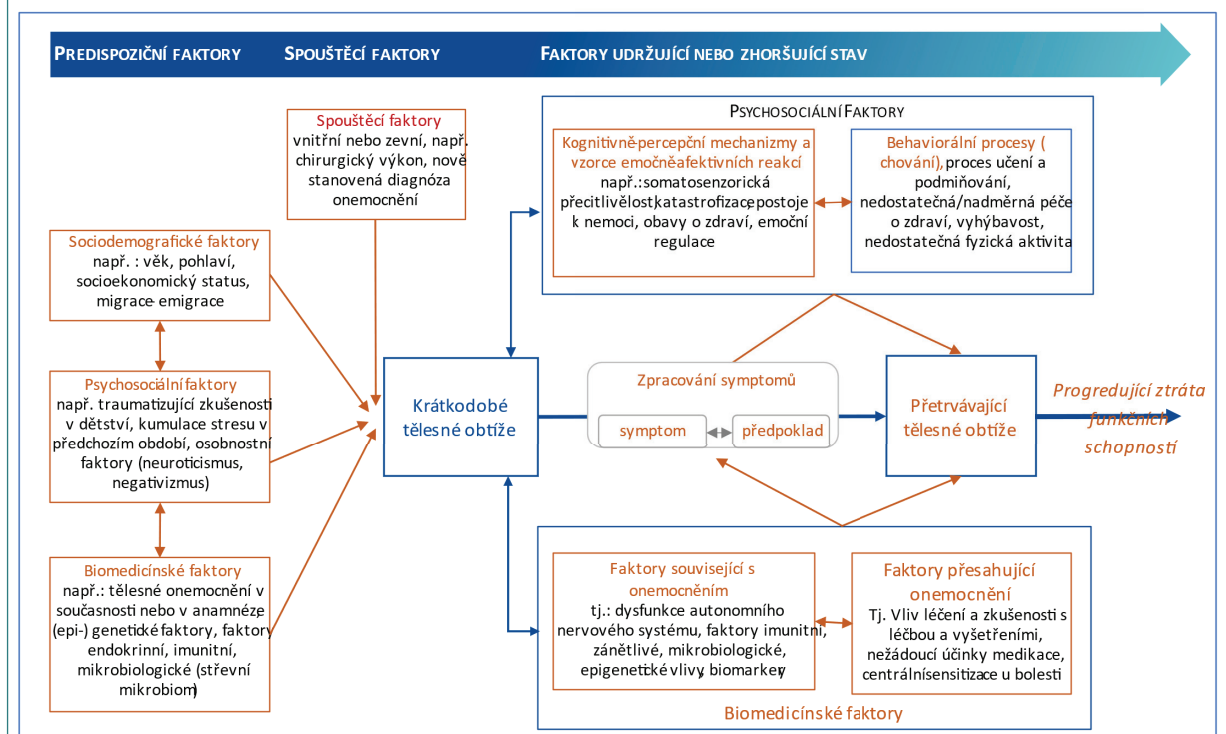
Obr. Polyvagální teorie 1



Obr. Polyvagální teorie 2



Tělesný stres z pohledu prediktivního kódování

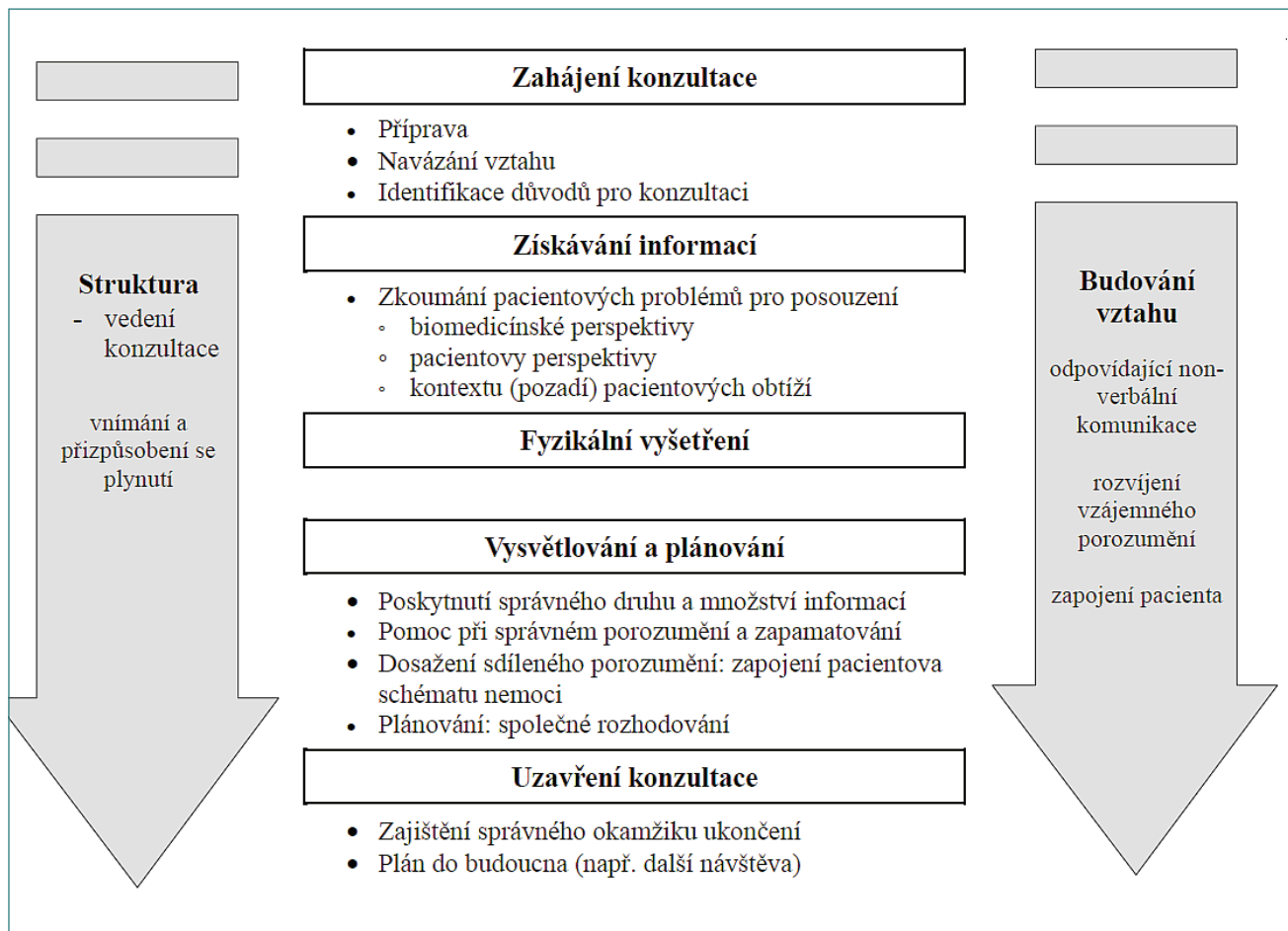


Loewe B et al Persistent SOMatic symptoms ACROSS diseases. BMJ Open 2022

C) CALGARY – CAMBRIDGE GUIDE

SCHÉMA LÉKAŘSKÉ KONZULTACE PODLE CALGARY – CAMBRIDGE GUIDE

Přeloženo a upraveno kolektivem KPL 3. LF UK podle: <https://www.bradfordvts.co.uk/communication-skills/teach-communication-skills/calgary-cambridge/>



D) DIAGNOSTIKA A TERAPIE PSS/FSD

SCEBS: CHECKLIST PRO PROZKOUMÁNÍ VŠECH DIMENZÍ PACIENTOVA STONÁNÍ

(Adaptoval Seifert M podle Olde Hartman et al., 2013, a Chvála et al., 2015)

Somatická dimenze

Sledujeme stejně jako u jiných pacientů:

- lokalizaci příznaku, jeho charakter, závažnost a trvání, kolísání, hledáme skutečný popis fenoménu, ne diagnostickou kategorii („škubání, trhání, bušení“, nikoli „zánět“), případné shlukování příznaků v určitém funkčním okruhu (gastrointestinální, kardiopulmonální, muskuloskeletální atd.) či zda jde o nespecifické příznaky (únava, bolesti, závratě, problémy s koncentrací a pamětí atd.), neměli bychom zapomínat ani na opomíjené viscerosomatické vztahy, případně doplnění běžného vyšetření zkušeným fyzioterapeutem
- skutečně užívanou medikaci (nikoli jen předepsanou) včetně volně prodejných přípravků a přírodních prostředků; zvláště se zaměříme na potenciálně návykové látky jako benzodiazepiny a analgetika, drogy včetně alkoholu
- ptáme se věcně i na alternativní zásahy laiků, aniž bychom dávali najevo nesouhlas; je to fakt jako každý jiný

Pěčlivým vyšetřením somatických příznaků potvrzujeme pacientovi, že jeho symptomy bereme vážně. Společně s pacientem sestavíme další somatický diagnostický postup, který musí obsahovat i jasné a pro pacienta srozumitelné hranice.

Kognitivní dimenze

Ptáme se pacienta:

- jak si vysvětluje původ a trvání svých obtíží (jeho hypotézu akceptujeme)
- jak si myslí, že by mohl tyto aspekty ovlivnit (co v jejich rodině obvykle pomáhá)
- proč si myslí, že nemůže nadále vykonávat určité aktivity nebo zaměstnání
- na jeho očekávání ohledně možného přínosu praktického lékaře a dalších odborníků při zvládnutí jeho potíží
- na jeho očekávání dalšího vývoje jeho příznaků a celkového vlivu na jeho život ve vzdálenější budoucnosti (případně, co by se stalo, kdyby nic nepomohlo)

Při prozkoumávání těchto aspektů můžeme narazit na určité pacientovy pohledy, které mu brání v uzdravení (např.: „S těmito bolestmi se nemůžu vrátit do svého zaměstnání.“ nebo „Můj známý měl podobné potíže a nikdy se z toho nedostal.“). Nebo narazíme na pacientovy obavy týkající se symptomů („Když mám takové bolesti, musí to znamenat nějaké vážné poškození.“). Jindy je velmi užitečné zeptat se na způsob stonání v jeho rodině, případně v minoritní kultuře. Jak se u nich stoná, co na to obvykle pomáhá. Můžeme objevit kolize se zdravotnictvím v minulosti jako zdroj nedůvěry. („Mamince napíchlí žloutenku už v porodnici.“ nebo „Bratr málem zemřel na prasklý apendix, když to doktor nepoznal...“).

Emocionální dimenze

Pozorujeme, jaké emoce a pocity doprovázejí rozhovor o obtížích jak na straně pacienta, tak na straně lékaře. Důležité je si uvědomit, že za pacientovou otázkou se může skrývat emoce, jejíž zachycení může mít velký význam pro pochopení kontextu pacientova stonání a jeho příběhu.

Můžeme se ptát následovně:

- Jaké pocity a emoce v něm jeho obtíže vyvolávají?
- Má z příznaků obavy a úzkosti a čeho přesně se obává? Co je přesně důvodem pro tyto starosti?
- Jak často si během dne na svoje obtíže vzpomene a jak se přitom cítí?
- Jaká situace (případně emoční doprovod té situace) jeho příznaky zhoršuje?
- Co jeho symptomy a jejich prožívání zlepšuje?

Pokud narazíme na pacienta, který je v této oblasti málo sdílný, můžeme se snažit využít i nonverbální komunikaci, která bývá leckdy paradoxně výmluvnější (např. „Vidím, že vás to pořádně zatěžuje. Jako by vám ti všichni ještě viseli na krku...“). Samotné překlady významu uváděných symptomů („Asi toho máte plné zuby.“ „Jako by se to nedalo všechno strávit, že?“ „Nejspíš vám to leze krkem.“) nepomáhají, pokud má sám pacient k náhledu daleko. U některých pacientů může být výhodou využít jednoduché screeningové nástroje, které mapují hlavní oblasti psychického rozpoložení. Honzák doporučuje jako nejjednodušší využití dvou otázek: „Míváte z něčeho radost?“ a „Máte něco, na co se těšíte?“ Pokud zazní 2x „Ne“, je třeba zpozornit. Symptomy a pacientovy obavy s nimi spojené mohou způsobit úzkosti, deprese, které pak mylně považujeme za příčinu potíží. Mohou být spíše pochopitelným důsledkem dlouhodobě nepříznivé situace.

Behaviorální dimenze

Za pozorovatelným chováním bývá ukryt význam, který pacient symptomu připisuje, a toto chování má obvykle sociální důsledky. Proto otázky na sociální dimenzi zahrnují jednak oblast behaviorální a jednak oblast vztahovou. Umět se vyptat na tyto oblasti je často pro úspěšnou péči o pacienty s MUS klíčové.

Ptáme se na změny v chování související se symptomy a zjišťujeme:

- V jakých činnostech mu symptomy brání nebo k čemu by se rád vrátil po uzdravení?
- Vyžaduje nebo potřebuje dlouhodobou pracovní neschopnost?
- Ignoruje symptomy a pokračuje ve škodlivé činnosti, což může způsobovat další přetížení?
- Uměl před onemocněním odpočívat? Bral si dovolenou? Jak se bránil přetížení?
- Je tady něco jiného, co může bránit uzdravení? (nesnáší imobilizaci, samotu, nesnáší péči, je přesvědčen, že bez něho se v práci neobejde...)
- Jak se chovají ostatní v jeho okolí, když má své obtíže?
- Kde se nejčastěji vyskytují jeho obtíže? (To může poukázat na klíčové vztahy doma, v práci, ve škole, na návštěvě u rodičů...) Kdy se naopak potíže zmírňují nebo mizí?

Zaměřujeme se také na způsoby hledání pomoci:

- Vyhledává pacient zdravotní služby brzy, nebo se snaží řešit problémy dlouho sám?
- Navštěvuje pacient mnoho různých odborníků se stejným problémem?
- Co udělal pacient pro to, aby problém vyřešil?
- Našel pacient vlastní postupy nebo chování, které mu od příznaků uleví?

Sociální (vztahová) dimenze

Obecně platí, že déletrvající symptomy vždy patří do nějakého vztahu a v něm se jednak udržují, ale také léčí. Zdroj problémů může ležet také v minulosti. Měli bychom myslet na traumata, jako je zneužívání, domácí násilí, vztahová závislost. Pokud se k takovým tématům dostaneme, neměla by nás svádět k vysvětlování příčinných souvislostí, ale k hledání zdrojů odolnosti při překonávání těžkostí v pacientově příběhu. Sledujeme sociální dopady symptomů a ptáme se neobviňujícím způsobem. Bezpečnější je **vyslovovat své hypotézy tzv. otevřenými otázkami** než direktivními tvrzeními.

Ptáme se:

- Jaké jsou dopady symptomů na rodinu, partnera, děti, rodiče, spolupracovníky?
- Co si pacient myslí o tom, jak na to reagují oni? Starají se podle něj přiměřeně, moc nebo málo? Jsou nepřístupní? Podporují pacienta?
- Jaký mají symptomy dopad na fungování pacienta doma a v práci?
- V jaké vývojové fázi je rodina nemocného a jaké je jeho místo v rodině? (Dítě, dospívající, svobodný mladý dospělý, otec či matka - jak starých dětí? Stará se o své nemocné nebo náročné rodiče?)
- Jak prožívá intimitu v partnerském vztahu? Jaký je jeho/její sexuální život?
- Jaká je ekonomická situace nemocného - dluhy, hypotéky, hrozba exekuce?
- Kdo se o pacienta stará, když má potíže?
- O koho se musí naopak pacient sám starat?
- Kdo má na symptomy jaký vliv a jak to dělá?

Významný vliv na míru postižení, přetrvávání symptomů a také na prognózu pacienta může mít vztah s lékařem a jinými terapeuti. Snažíme se tedy tuto oblast také citlivě otevřít a prozkoumat.

Někdy se stává, že s pacientem přijde do ordinace třeba jeho matka nebo manželka, aby nám jeho stav a potíže vysvětlila. Se souhlasem pacienta lze takovou situaci přirozeně využít k získání dalších poznatků ze sociální oblasti pacienta. Spolupráce s rodinou je velmi užitečná. Míra jejího zapojení jde od pouhého informování, přes podporu rodiny až po rodinnou terapii.

Lékař pacienta s MUS musí být také otevřen případným odlišnostem kultury pacienta v širokém smyslu slova (národnost, věk, pohlaví, socioekonomický status, náboženské vyznání). Např. u imigrantů musíme brát v úvahu specifické stresující faktory jako jazykovou bariéru, kulturní odlišnosti a celkové podmínky migrantského života často spojené s traumatizací.

PŘESVĚDČENÍ O NEMOCI – CO TO JE?

Přesvědčení o nemoci se skládá z pěti hlavních prvků a pacientovo přesvědčení o nemoci zkoumáme pokládáním otázek v následujících 5 oblastech.

Hlavní prvky přesvědčení o nemoci
Identita: „Jaké myšlenky vás napadly ohledně toho, co je s vámi špatně?“
Příčina: „Jaké myšlenky vás napadly ohledně možné příčiny?“
Časový rámec: „Jak dlouho si myslíte, že to bude trvat?“
Důsledky: „Co si myslíte, že to bude znamenat pro váš každodenní život?“
Uzdravení a kontrola: „Přemýšlíte o tom, nebo máte nějakou zkušenost, co by mohlo vaše příznaky zmínit nebo zhoršit?“

Zdroj: Seifert M přeložil a upravil podle Rosendal M et al. (2015). Danish clinical Guidelines DSAM: Functional disorders, přeloženo do angličtiny z dánského originálu Funktionelle lidelser vydaného r. 2013.

Mimochodem, je rozšířeným omylem, že pacienti s funkčními poruchami jsou pevně přesvědčeni, že trpí tělesnou chorobou. To může platit pro malou část nejvážněji nemocných. Přesto několik studií ukazuje, že pacienti obecně chápou své problémy z několika hledisek současně, včetně zhodnocení biologických, psychologických a sociálních okolností.

Stejně tak je nedorozuměním, že pacienti chtějí pouze více vyšetření nebo somatické léčby. Naopak, většina z nich chce být brána vážně, chtějí slyšet kvalifikované vysvětlení a získat léčbu své nemoci.

JAKÝ JE VÝZNAM PŘESVĚDČENÍ O NEMOCI?

Pacientovo chování v nemoci je určeno jeho přesvědčením o nemoci. Pacientův vlastní model nemoci se tak stává důležitým pro nemocnost a prognózu, pokud se jedná o subjektivní pocit pohody, fungování, dodržování léčebného režimu a využívání zdravotní péče.

Proto je zásadní, aby praktický lékař nemoc pochopil a na základě tohoto pochopení rozhodl, jak bude nemoc posuzována a léčena.

Tab. PHQ-15

JAK MOC VÁS BĚHEM POSLEDNÍCH ČTYŘ TÝDŇŮ OBTĚŽOVALY NÁSLEDUJÍCÍ PŘÍZNAKY?			
Příznak	Vůbec	Trochu	Hodně
Bolest zad	0	1	2
Bolest na hrudi	0	1	2
Zácpa, řídká stolice nebo průjem	0	1	2
Motání hlavy	0	1	2
Mdloby	0	1	2
Pocit únavy nebo nedostatku energie	0	1	2
Pocit bušení srdce	0	1	2
Bolesti hlavy	0	1	2
Menstruační křeče nebo jiné potíže spojené s menstruací (jen ženy)	0	1	2
Nevolnost, plynatost nebo zažívací potíže	0	1	2
Bolesti rukou, nohou nebo kloubů	0	1	2
Bolest nebo problémy při pohlavním styku	0	1	2
Dušnost	0	1	2
Bolest žaludku	0	1	2
Potíže se spánkem	0	1	2
Výsledek:			
Bodování: Bez somatizační poruchy (0 až 4), mírná (5 až 9), středně závažná (10 až 14), vysoce závažná (15 nebo více)			

Zdroj: Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med* 64(2), 266.

Tab. SSS-8

JAK MOC VÁS BĚHEM POSLEDNÍCH SEDMI DNŮ OBTĚŽOVALY NÁSLEDUJÍCÍ PŘÍZNAKY?					
Příznak	Vůbec	Jen trochu	Částečně	Docela hodně	Velmi
Bolest zad	0	1	2	3	4
Bolest na hrudi nebo dušnost	0	1	2	3	4
Motání hlavy	0	1	2	3	4
Pocit únavy či nedostatku energie	0	1	2	3	4
Bolesti hlavy	0	1	2	3	4
Bolesti rukou, nohou nebo kloubů	0	1	2	3	4
Žaludeční nebo střevní potíže	0	1	2	3	4
Potíže se spánkem	0	1	2	3	4
Výsledek: _____					
Bodování: Žádné až minimální (0 až 3); nízké (4 až 7); střední (8 až 11); vysoké (11 až 15); velmi vysoké (16 až 32)					

Zdroj: Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, et al. (2014). The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Intern Med* 174(3), 400.w

NÁSTROJE PRO KRÁTKÝ SCREENING PŘÍTOMNOSTI DEPRESIVNÍ ČI PANICKÉ PORUCHY V ORDINACI VPL:

Tab. PHQ-2

PHQ – 2 (Patient health questionnaire)

V průběhu posledních 14 dnů jste zažil následující pocity

- 1) žádný zájem nebo žádné potěšení: nikdy (0) – pár dnů (1) – více než polovinu dnů (2) – většinu dnů nebo všechny (3)
- 2) cítil jste smutek, depresi nebo únavu: nikdy (0) – pár dnů (1) – více než polovinu dnů (2) – většinu dnů nebo všechny (3)

Při skóre 3 a více uvažovat o depresi, případně odeslat ke klinickému vyšetření

Zdroj: Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB (2003). The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-Item Depression Screener. Med Care 41(11), 1284–92.

Přítomnost somatizované (larvované) deprese

- zřetelná ztráta zájmů a potěšení
- malá emoční reakce na kladné podněty
- ranní probouzení, nemožnost usnout, mělký trhaný spánek
- nálada je horší ráno
- prokázaný psychomotorický útlum
- ztráta chuti k jídlu + úbytek na váze 5 %/4t.
 - nebo přejídání
- zřetelná ztráta libida

Panická porucha – příznakový komplex

- Ohraničené periody intenzivního strachu a nevolnosti vrcholící do 10 minut
- Palpitace, bušení srdce, chvění či třes, pocit zkrácení dechu, oprese, pocity zalykání se, nauzea nebo břišní nevolnost, závratě, zvýšení krevního tlaku, studená akra
- Pocity odosobnění, derealizace, strach ze šílenství, smrti, infarktu...
- Pacient nemusí cítit úzkost, může pociťovat především tělesné symptomy, ale pociťuje intenzivní strach o život
- Pacient pociťuje strach z toho, že se tento stav bude opakovat (anticipační úzkost)

OBECNÁ DOPORUČENÍ PRO LÉKAŘE PEČUJÍCÍ O PACIENTY S PERSISTENTNÍMI A FUNKČNÍMI PŘÍZNAKY

Fyzické

- Proveďte fyzikální vyšetření se zaměřením na orgánový systém, na které si pacient (nově) stěžuje.
- Vyhněte se testům a postupům, pokud nejsou indikovány objektivními příznaky nebo dobře definovaným (novým) klinickým obrazem nemoci.
- Nikdy nelečte pacientovi nemoc, kterou nemá.
- Omezte užívání nepotřebných léků, nevystavujte recepty na požádání, vyhněte se vytvoření návyku na léky.

Psychologické

- Stanovte diagnózu a sdělte pacientovi, že porucha je známá a pojmenovaná.
- Potvrďte realitu pacientových příznaků.
- Budte klidní; neočekávejte rychlé změny nebo vyléčení.
- Snižte očekávání na vyléčení a akceptujte, že pacient trpí chronickou poruchou. Současně ale podporujte pacientovu víru, že se uzdraví. Cílem je pacienta přijmout a omezit (iatrogenní) poškození.
- Zvažte, zda lze zhoršení nebo vznik nových příznaků považovat za zhoršení funkční poruchy nebo vznik nové nemoci.
- Případně vyzkoušejte specifickou terapii a zvažte doporučení ke specializované léčbě.
- Motivujte pacienta, aby souhlasil se specializovanou psychiatrickou léčbou, pokud je relevantní a dostupná.

Psychofarmakologická léčba

- Zvažte léčbu psychoaktivními léky (primárně antidepresivy, sekundárně antiepileptiky).
- Vyhněte se medikaci, která vytváří návyk, a pokud je to možné, zvolte léky, které mohou být monitorované v séru.
- Začněte s menším dávkováním, než je obvyklé, a pomalu zvyšujte. Vedlejší účinky přijímejte smířlivě.
- Jakoukoliv koexistující psychiatrickou poruchu lečte podle obvyklých doporučených postupů.

Administrativní

- Uvědomte si svou roli v léčbě.
- Jste-li primárním poskytovatelem zdravotní péče pacienta, buďte spíše proaktivní než reaktivní. Naplánujte si sérii schůzek s pevnou dobou trvání a s pevně stanovenými intervaly, než abyste to nechali na uvážení pacienta.
- Pokud sami nejste primárním poskytovatelem zdravotní péče pacienta, kontaktujte jej (často praktického lékaře), a domluvte s ním léčbu/diagnostický postup.
- Pokud je pacient zaměstnaný, měl by se pokud možno vyhnout pracovní neschopnosti.
- Snažte se s pacientem uzavřít spojení tak, abyste se stali jeho jediným praktickým lékařem, minimalizovali kontakt pacienta s jinými zdravotnickými pracovníky, službami mimo pracovní dobu a alternativní terapeuti.
- Informujte své kolegy o svém léčebném plánu a domluvte se s nimi, pokud si budete brát den volna.
- Snažte se navázat spojení s příbuznými pacienta tím, že je budete informovat o léčebném plánu.
- Zajistěte si pro sebe potřebnou podporu / kontrolu.

Zdroj: Přeložil Seifert M podle Rosendal M et al., 2013.

PSYCHOSOMATICKÁ TERAPIE

(napsal J. Kabát, redigoval M. Seifert)

Psychosomatická terapie je časově poměrně náročný proces, který vyžaduje jiný přístup než ten, který je tradiční v somatických oborech nebo v psychoterapii.

Léčba nejprve většinou zohledňuje pacientovo somatické porozumění nemoci, spíše alexithymické zpracování emocí a dynamiku jeho vztahů, které jsou většinou charakterizovány hlubokými zkušenostmi ztrát a bezmoci (Engel, Schmale, 1967; Tress W et al., 2003). Obzvláště důležitá, zejména na začátku léčby, je podpůrná vztahová nabídka, která přijímá stížnosti na somatické symptomy a často na opakované zklamávající zkušenosti s lékařským systémem. Až v pozdějších fázích se dostane do popředí diferenciací práce na vnímání emocí a terapeutická práce na konfliktních vzorcích vztahů (Tress W et al., 2003).

Častou příčinou problémů v interakci mezi lékařem a pacientem (a tedy i v léčbě) je určitý nesoulad mezi tím, co pacient od lékaře potřebuje, čeho chce dosáhnout, a tím, co lékař poskytuje. Lékaři mají tendenci provádět laboratorní a zobrazovací vyšetření a poskytovat fyzickou léčbu. Jako by se někdy zdálo, že k „tělesné fixaci“ inklinuje více lékař a nikoli pacient, neboť lékař zaměřuje svoji pozornost na fyzické onemocnění a hledá jeho somatické příčiny. To je jeden z důvodů, proč pacienti zažívají často neporozumění.

Z výše uvedeného je zřejmé, že psychosomatická terapie je poněkud jiná, než jakou lékaři obvykle mohou nabídnout.

Psychosomatický lékař musí částečně opustit výlučnou důvěru v objektivní nálezy zprostředkované laboratorními a zobrazovacími technikami. Naopak opětovně získává důvěru ve své smysly, tělesné pocity, v prociťovaný význam. Potřebná je znalost povahy psychosomatických onemocnění a povědomí o jejich léčbě. Výrazem a nositelem tohoto vědění nejsou jen slova a sdělování významů, vysvětlování, ale i lékařovy postoje, gesta, názory, způsob myšlení. Toto vědění dává určitou jistotu, klid a převahu. A posiluje důvěru a naději pacientů, která je v první fázi psychosomatické léčby velmi důležitá. Dalším nástrojem je účast, pozorná a zájem vyjadřující náklonnost lékaře k pacientovi, a ochota emočně se přiblížit. Lékař potřebuje i odvahu chránit pacienta před přečeňováním jednotlivých nálezů specialistů na druhé straně i alternativních léčitelů. Odvahu nepodléhat pacientovu naléhání ohledně dalších vyšetření a odvahu vydržet také diagnostickou nejistotu. Neméně důležitá je zdrženlivost při předepisování léků, které může pacienta upevnit v jeho somatickém chápání nemoci. Zdrženlivost při doporučování dalších nebo opakování již provedených vyšetření. Dalším nástrojem je schopnost nelpění na čistě biologickém konceptu patogeneze, zároveň ale nepřečeňování psychických a sociálních faktorů. A konečně velmi důležitým nástrojem je práce v týmu a multimodální uspořádání léčby.

Schopnost a vyjádření empatie je důležitou dovedností psychosomatického lékaře. Předpokladem je účastné naslouchání toho, co a jak pacient říká, a sledování jeho reakcí, které umožní postihnout jeho často ambivalentní pocity, ambice, potřeby a přání (Holub, Telerovský, 2013). Zážitek empatie umožní přijetí pocitů a postojů pacienta, bez souzení, kritizování nebo obviňování a přijímání jeho ambivalencí jako zcela normálního stavu myslí (Fassino, 2010). Umožní také porozumění dilematům, například mezi tím, kým pacient je a co dělá, a kým by chtěl být a co by chtěl dělat. Uvědomění těchto konfliktů umožní porozumění a náhledu na současnou situaci a umožní pacientovi rozhodnout se ke změně – jak je to v tzv. fázi kontemplace, podle Prochasky a Norcross (Norcross et al., 2011; Prochaska, Norcross, 2001).

Důležitá je schopnost lékaře soustředit se na pozitivní zdroje pacienta, schopnost motivovat jej ke změně. Rozpoznat odpor, který je možné považovat v psychosomatické terapii za signál ke změně strategie. Namísto konfrontace nebo argumentace, kterou lékaři často používají, je třeba pozvolna modifikovat a přerámovat pacientova přesvědčení a vytvořit novou perspektivu směřující ke změně a umožňující změnu (Rollnick et al., 2010). Důležitým prvkem v motivaci ke změně psychosomatického pacienta je tzv. self-efficacy, neboli vnímání vlastních schopností, stejně jako důvěra v možnost takové změny. Nápomocná k podpoře self-efficacy je rekapitulace dřívějších úspěchů a zdrojů, které lze využít a podpora důvěry v provádění osobních změn (Fava GA et al., 2017).

Lékař by měl také odolat potřebě napravovat, tedy zdržet se rad a doporučení, není-li to pacientem požadováno. Namísto korekce chybných přesvědčení a překážek v pacientově způsobu přemýšlení o nemoci je efektivnější naslouchat. Odolat nutkání napravovat, korigovat umožní překonat pacientův odpor a pokračovat ve změnách. Reflektivní naslouchání, jak uvádí Lindberg, je nejlepším vyjádřením hluboké empatie (Fassino, 2010; Lindberg, Lindberg, 1996). Formy reflexe mohou být různé: opakování pacientových vyjádření, formulace implikací, která z nich vyplývají, pojmenování ambivalencí a rozporů. Rovněž shrnutí příležitostně během rozhovoru i na konci je pro pacienta velmi užitečné, protože se cítí empaticky přijímán, slyší, co bylo řečeno, a ujišťuje se, že lékař pozorně naslouchal, a cítí se respektován (Korkel, 2012; Pollak et al., 2011). To opět prohlubuje pacientovu motivaci k léčbě, která mu zpočátku velmi chybí.

Literatura:

- Engel GL, Schmale AH (1967). Psychoanalytic theory of somatic disorder conversion, specificity, and disease onset situation. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 15(2), 344–365.
- Fassino S (2010). Psychosomatic approach is the new medicine tailored for patient personality with a focus on ethics, economy, and quality. *Panminerva Med* 52(3), 249–264.
- Fava GA, Cosci F, Sonino, N (2017). Current psychosomatic practice. *Psychotherapy and Psychosomatics* 86(1), 13–30.
- Holub D, Telerovský R (2013). Úvodní rozhovor v psychoanalýze a psychodynamické psychoterapii. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita.
- Korkel J (2012). 30 years of motivational interviewing: An updated overview. *Suchttherapie* 13(3), 108–118.
- Lindberg NE, Lindberg E. (1996). Importance of active listening in treating workers with musculoskeletal disorders. *Work and Stress* 10(4), 373–376.
- Norcross JC, Krebs PM, Prochaska JO (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology* 67(2), 143–154.
- Pollak KI, Alexander SC, Tulsy JA, Lyna P, Coffman CJ, Dolor RJ et al. (2011). Physician empathy and listening: Associations with patient satisfaction and autonomy. *Journal of the American Board of Family Medicine* 24(6), 665–672.
- Prochaska JO, Norcross JC (2001). Stages of change. *Psychotherapy* 38(4).
- Rollnick S, Butler CC, Kinnersley P, Gregory J, Mash B (2010). Competent novice motivational interviewing. *BMJ – British Medical Journal*, 340.
- Tress W, Krusse J, Ott J (2003). *Psychosomatische Grundversorgung: Kompendium der interpersonellen Medizin*. Schattauer Verlag.

VÝZNAM A EFEKT FYZIOTERAPIE U PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH

(napsala D. Stackeová, redigoval M. Seifert)

Fyzioterapeut je s pacientem v blízkém kontaktu, tráví s ním zpravidla více času než ostatní zdravotničtí pracovníci, jsou ve větší osobní blízkosti nebo v přímém tělesném kontaktu. Vzniká tak velmi specifický vztah se specifickým terapeutickým potenciálem.

Ač je fyzioterapeutická péče směřována především k potížím v oblasti pohybového systému, může být indikována i u poruch, které se projevují na pohybovém systému sekundárně, jako jsou typicky psychosomatické obtíže. Indikace fyzioterapeutické péče a také fyzikální terapie s cílem harmonizace činnosti neurovegetativního systému může mít u pacientů s psychosomatickými potížemi významný efekt.

„Dotekové“ fyzioterapeutické metody (masáž, měkké techniky apod.) mají specifický psychologický efekt. Dotek působí relaxačně, navozuje uvolnění a zklidnění, má pro lidskou psychiku velký význam. Právě pacienti s psychosomatickými obtížemi jsou často ti, kterým chybí doteky blízké osoby (nebo mají problém s jejich přijetím), které jsou projevem citu, lásky, vyvolávají přímou tělesnou odezvu včetně vlivu na neurovegetativní systém.

Odevzdání se, podvolení se působení terapeuta je pro pacienta často rovněž specifickým zážitkem, který může mít sám o sobě terapeutický efekt. Terapeut zároveň musí být schopen přesně odhadnout, jaká míra jeho působení není psychologicky ohrožující. Intenzitu může stupňovat v průběhu dlouhodobé terapie s tím, jak se vyvíjí terapeutický vztah, vždy tak, aby to pro pacienta bylo bezpečné. Vnitřní tenze a úzkost může mít obranný charakter, a pokud tuto bariéru prolomíme příliš intenzivním snížením svalového napětí, výsledkem může být zintenzivnění obranné reakce a nárůst úzkosti.

Prožitek doteku může evokovat dětské vzpomínky mateřských, uklidňujících doteků, nebo také může dotek v místech, kde se kumuluje napětí, a pro jeho snížení musí terapeut vyvinout tlak způsobující specifickou bolest, vyvolat emoci vzteku a její následné odreagování právě přes svalové napětí. Fyzioterapie tak může sekundárně mít i psychoterapeutický efekt.

U psychosomatických pacientů (a nejen u nich, zde však záměrně) může být sekundárním cílem fyzioterapie také nácvik ovládnutí vnitřního napětí, včetně toho svalového. To je cílem i řady psychoterapeutických technik.

Působením na konkrétní svaly a jejich napětí můžeme cíleně působit na psychiku. To má uplatnění především u psychiatrických (nepychotických) pacientů a psychosomatických pacientů a pracují s tím také techniky na tělo orientované psychoterapie, i když zpravidla jinými cestami než fyzioterapie.

Vhodně zvolený fyzioterapeutický postup může „nastartovat“ terapeutický proces, úleva v tělesné oblasti může být impulsem k aktivaci samoúdržavných mechanismů v psychické oblasti či k rychlejšímu a výraznějšímu efektu psychoterapie.

PSYCHOSOMATICKÁ TERAPIE VE SPECIALIZOVANÝCH CENTRECH

(napsal J. Kabát)

Dnešní koncepty psychosomatické terapie ve specializovaných centrech se většinou primárně utvářejí na podkladě psychodynamické a kognitivně-behaviorální teorie a jsou založeny na synergické spolupráci mnoha odborníků, především lékařů různých specializací, psychologů, psychoterapeutů a bodyterapeutů. Používají se postupy a metody původem z různých terapeutických škol, nejrůznější neverbální techniky, různé formy práce s tělem, expresivní terapie i relaxační cvičení. Do programu jsou začleňovány jako důležité součásti komplexní psychosomatické léčby (Ermann, 1993; Vogel, Frommer, 2016). Kombinace těchto procesů, metod a technik však není pouze aditivní a eklektická, ale je koordinována a opatřena teoretickým zdůvodněním (Kuchenhoff, 1994, 1999). Psychosomatický pacient má v takovém multimodálním programu možnost spojit senzomotorické procesy a reakce s jejich významem a v tomto propojení je integrovat do svého vnitřního světa (Wortman MSH et al., 2016). Často je třeba pacienta teprve učít porozumět řeči vlastního těla, vnímat s ním spojené emoce a impulzy. Jde o zvědomování, subjektivizaci a personifikaci vlastního těla a diferenciaci tělesného vědomí.

Protože velké části psychosomatických pacientů se týká nižší úroveň strukturální integrace, je důležitou terapeutickou strategií i podpora mentalizační funkce (Bateman, Fonagy, 2013). Schopnost reflexního sebezpozorování a vnímání vlastních psychických stavů a psychických stavů druhých, která je nedostatečně vyvinuta kvůli časným poruchám vztahové vazby, má závažný dopad na mezilidské vztahy a připravuje půdu pro vznik různých příznaků. Skupinové uspořádání psychosomatické terapie, které se ve specializovaných centrech často používá, je vhodným prostředím pro posílení schopnosti mentalizace.

Existují rovněž neurovědecké důkazy o tom, že subjektivní vědomí, pocity a emoce a s nimi související tělesné příznaky souvisejí s interocepčí. Některé interoceptivní signály jsou přiváděny až nad úroveň mozkového kmene a přinášejí signály přispívající k inferenčním procesům (tj. procesům usuzování, odvozování), které potvrzují intrapersonální a interpersonální zkušenosti (Duquette, Ainley, 2019). Uvážíme-li, že subjektivní stavy, tělesné pocity a emoce našich pacientů jsou odvozovány od interoceptivních a exteroceptivních sensorických vstupů a jejich srovnání s dříve uloženými sensorickými daty, zdá se, že i „tělesná“ mentalizace interocepce je pro psychosomatické pacienty důležitá. I na to se zaměřují na tělo orientované psychoterapeutické přístupy.

Vzhledem ke všem zmíněným okolnostem je léčba psychosomatických pacientů náročná, vyžaduje týmovou mezioborovou spolupráci, kterou právě specializovaná centra mohou nabídnout.

Multimodální koncepce léčebných programů vychází z všeobecně přijatého názoru, že patogeneze nemocí je multikauzální. Terapeutické intervence zahrnují edukaci o povaze poruchy a bio-psycho-sociálních souvislostech, dále relaxační techniky, fyzioterapii, behaviorální cvičení, bodyterapeutické postupy i farmakologickou léčbu a změny dietetických zvyklostí. Multimodální nabídka psychosomatických terapeutických programů umožňuje získat i obtížněji dostupné pacienty, u kterých by to pouze verbálními postupy nebylo možné (Dale, Stacey, 2016). Multimodalita ale rozhodně neznamená prostý součet technik a postupů, nýbrž promyšlenou kombinaci, spolupůsobení a synergii různých léčebných prvků. Znamená tedy kvalitativní změnu oproti samotné ambulanci psychoterapii.

Literatura:

- Bateman A, Fonagy P (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanal Inq* 33(6), 595–613.
- Dale R., Stacey B (2016). Multimodal treatment of chronic pain. *Med Clin North Am* 100(1), 55–64.
- Duquette, P., & Ainley, V. (2019). Working with the predictable life of patients: The importance of "mentalizing interoception" to meaningful change in psychotherapy. *Front Psychol*, 10, 2173.
- Ermann M (1993). Psychoanalytic therapy in praxis – german – konig,k. *Praxis Der Psychotherapie Und Psychosomatik* 38(1), 63–63.
- Kuchenhoff J (1994). Specificity models in psychosomatic-medicine – a look back on an old controversy. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychoanalyse* 40(3), 236–248.
- Kuchenhoff J (1999). Environmental psychosomatics – an integrative model. *Zentralblatt Fur Hygiene Und Umweltmedizin* 202(2–4), 261–271.
- Vogel M, Frommer J (2016). Adaptive high-dose psychotherapy: Towards an integrative psychosomatic specialization. *Psychodynamische Psychotherapie* 15(1), 25–36.
- Wortman MSH, Lucassen PLBJ, van Ravesteijn HJ, Bor H, Assendelft PJJ, Lucas C et al. (2016). Brief multimodal psychosomatic therapy in patients with medically unexplained symptoms: Feasibility and treatment effects. *Family Practice* 33(4), 346–353.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Sokolská 31, 120 00 Praha 2

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN 978-80-88280-52-1

ISBN 978-80-88280-52-1



9 788088 280521

© 2023, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP